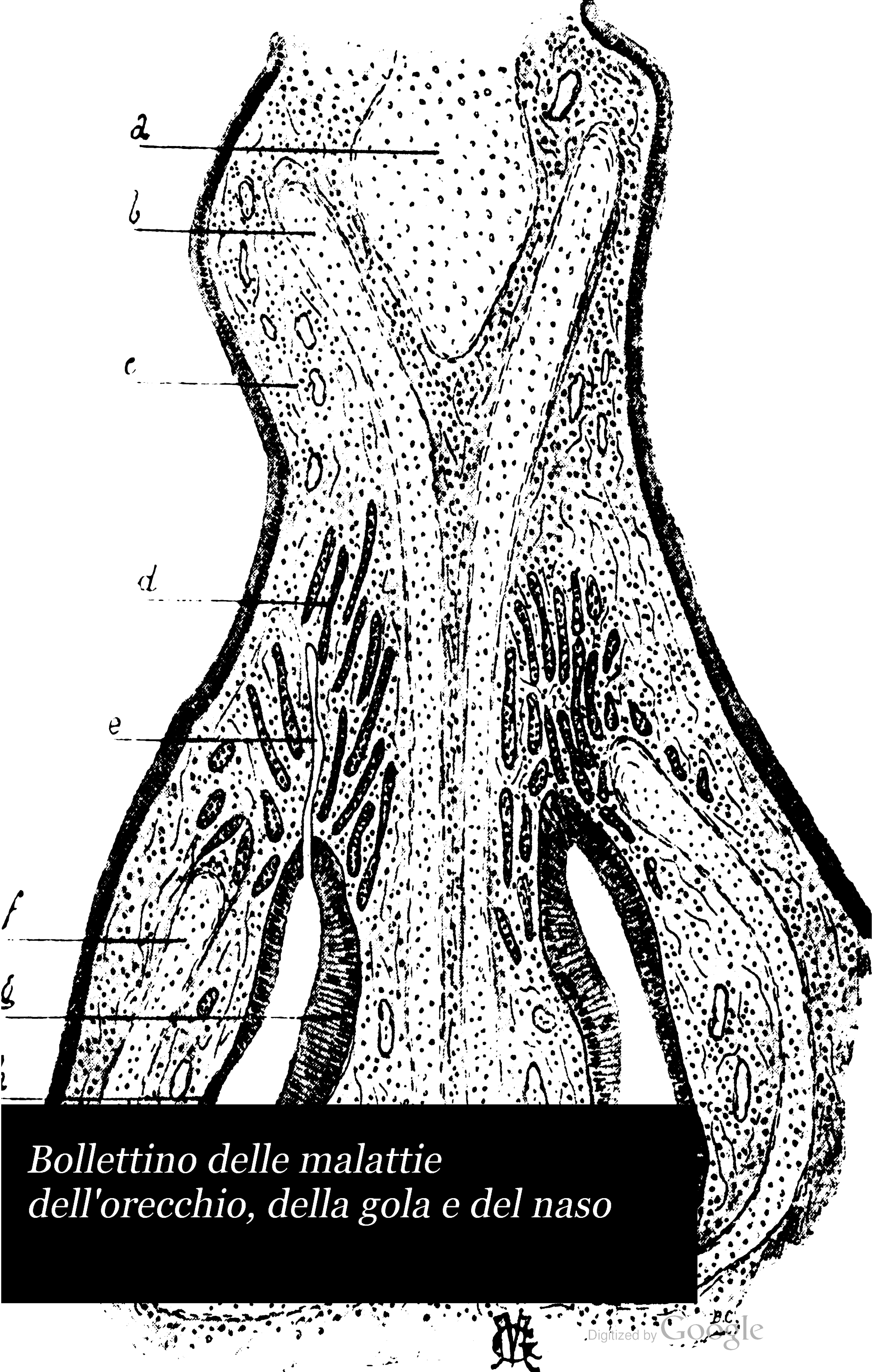


Bollettino delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso

BOLLETTINO

DELLE

MALATTIE DELL'ORECCHIO, DELLA GOLA E DEL NASO

ANNO XIX (1901)

BOLLETTINO

DELLE

MALATTIE DELL' ORECCHIO, DELLA GOLA E DEL NASO

(Otojatria, laringoscopia, rinologia)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. VITTORIO GRAZZI

Professore Straordinario di oto-rino-laringologia nella R. Università di Pisa
Libero Docente nel R. Istituto di Studi Superiori Pratici e di Perfezionamento
Consulente per l'otologia e la laringologia nel R. Arcispedale di S. M. Nuova di Firenze
e nel R. Istituto dei Sordomuti di Siena.

Collaborarono i Signori Professori e Dottori:

Abate C., Catania (1899-900) — **Aguanno (D') A.**, Palermo (1890-91-93-94-95) — **Antoni R.**, Pisa (1886-88) — **Arena F.**, Napoli (1884) — **Arslan Jerwant**, Padova (1894-96-97-98-99-900) — **Ascenso O.**, Spezia (1892) — **Baratoux J.**, Parigi (1885-86) — **Barrago-Ciarella O.**, Napoli (1898-99-900) — **Betti U. A.**, Genova (1899) — **Bobone T.**, San Remo (1883-84-85-86-87-88-89 90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-900) — **Borgoni R.**, Napoli (1897-98) — **Caifassi A.**, Firenze (1887) — **Calderai D.**, Pisa (1890) — **Cantieri A.**, P. S. Stefano (1894-95-96-97-98-99-900) — **Cardone F.**, Foggia (1889-95) — **Chiucini G.**, Roma (1893-94-95-96-97-98) — **Cicconardi G.**, Napoli (1883) — **Cimmino R.**, Napoli (1888-89-92-93-94-97-98) — **Compaired C.**, Madrid (1891-92) — **Coosemans**, Bruxelles (1896) — (✠) **Corradi C.**, Verona (1889-90-91-94-95) — **Costamagna E.**, Savona (1883) — **Cozzolino V.**, Napoli (1884-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99) — **Damieno A.**, Napoli (1895-97-99) — **D'Ercole V.**, Torino (1897) — **De Rossi E.**, Roma (1892-99) — **Desimoni A.**, Cagliari (1896-99-900) — **Dionisio I.**, Torino (1892-99) — **Egidi F.**, Roma (1889-91-92-93-95-98) — **Fasano A.**, Napoli 1886-88-92) — (✠) **Felici F.**, Roma (1887-88-89-90-91) — **Ferreri G.**, Siena (1891-98) — (✠) **Ficano G.**, Palermo (1888-89-91 92-93-94-98) — **Folco A.**, Oneglia (1890-91-93) — **Franchi F.**, Certaldo (1885) — **Grana G.**, Roma (1895) — **Gamba O.**, Roma (1895) — **Gavello G.**, Torino (1900) — **Giannettasio A.**, Bologna (1899) — **Gradenigo G.**, Torino 1888-89-90-95) — **Isaia G.**, Napoli 1890) — (✠) **Longhi G.**, Milano (1885-87) — **Lopez G.**, Gravina-Bari (1888) — **Mantovani G. I.**, Crespano Veneto (1890) — **Masini G.**, Genova (1885-86-88-90-91-92-93-94-96-97-98) — (✠) **Masini O.**, Genova (1883-84) — **Massei F.**, Napoli (1883-84-86-87-90-94) — **Masucci P.**, Napoli (1884-92-94) — **Monari C.**, Bologna (1897-98) — **Mongardi R.**, Bologna (1892-93-94) — **Monteluccі R.**, Rignano (1894-98-99) — **Morpurgo E.**, Trieste 1883-84-85-86-87-90 93-94-95-96-98-99) — **Morselli E.**, Genova (1893-96) — **Nuvoli G.**, Roma (1890-91) — **Pacinotti G.**, Camerino (1893) — **Paggi A.**, Firenze (1889) — **Palazzolo N.**, Agira (1895-96) — **Piazza L.**, Lentini (1892-93) — **Pini T.**, Milano (1887-90) — **Poli C.**, Genova (1892) — **Politzer A.**, Vienna (1885-90) — **Pratolongo P.**, Lucca (1887-89) — **Prota G.**, Napoli (1897-98) — **Putelli F.**, Venezia (1888) — **Remor C.**, Spezia (1897-98) — **Ricci A.**, Savona (1890-91-93) — **Ricci C. A.**, Treviso (1897) — **Rimini E.**, Trieste (1896-97-98-900) — **Rueda F.**, Madrid (1894-95) — **Schulte E.**, Milano (1886-87) — **Soffiantini G.**, Milano (1895-96) — **Strazza G.**, Genova (1891-92-93-95-97) — (✠) **Tafani A.**, Firenze (1884) — **Taranto P.**, Napoli (1893) — **Tommasi J.**, Lucca (1900) — **Trifiletti A.**, Napoli (1887-88-91-94-98-99-900) — **Verdos P.**, Barcellona (1885) — **Zapparoli L.**, Mantova (1897).

FIRENZE

TIPOGRAFIA LUIGI NICCOLAI

Via Faenza, 44

1901

Anno XIX. Firenze, Gennaio 1901. N. 1.

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Di una speciale forma di lesione parasifilitica della laringe

per il Dottor DOMENICO TANTURRI fu VINCENZO

assistente all'Istituto di Laringoiatria della R. Università di Napoli

diretto dal Prof. F. Massei.

Fra le localizzazioni della sifilide nel tratto delle prime vie del respiro, comprendendo in queste lo spazio che corre dalle labbra alla trachea e dall'orifizio delle narici fino all'esofago, più che le lesioni del periodo infiammatorio prevalgono quelle del periodo neoplastico.

Infatti le papule e le macule sono rare nella laringe mentre si riscontrano assai spesso nella faringe, e, valga il vero, le placche mucose, che hanno tanta predilezione per la cavità orale ed istmo (pilastri, tonsille, velopendolo) furono da alcuni negate, da altri ritenute eccezionali nella cavità laringea, (1) e, solo ora, casi ben descritti e definiti hanno risoluta nettamente la questione, per quanto riguarda

---

(1) *Massei.* Patol. e terapia della faringe, delle fosse nasali e della laringe. (Napoli. Vallardi). — *Tanturri D.* Su di un caso di condilomi piani delle corde vocali. (Giornale intern. delle Scienze Mediche. Anno XXII).

la lesione anatomica, l'etiologia precisa, in grazie alle ricerche istologiche, che aiutano sensibilmente la diagnosi di esclusione.

Tralasciando tutto quanto si è scritto sulla etiologia della sifilide, relativamente alla sua localizzazione nel tratto delle prime vie del respiro, è d'uopo ricordare che le lesioni laringee sono, quasi sempre, succedanee alle faringee, pur essendo, qualche volta, primarie: ed, invece, se, come ho già detto, pensiamo alla rarità delle forme infiammatorie della laringe, rimaniamo ancora più sorpresi del numero di ammalati, superiore al precedente, (1) che noi vediamo affetti da forme di sifilide laringea, neoplastica, distruttiva o riparante, o da affezioni *parasifilitiche*, un nuovo capitolo, che ci si schiude davanti per opera del Fournier, (2) e che riguarda quelle lesioni, di origine sifilitica, che ne hanno persa la natura, si distaccano, per così dire, dal ceppo originario, formano una entità morbosa a loro, niente suscettibile della medicazione specifica, ed apportante disturbi gravi, ma, quel che più conta, stabili e continui.

Tralascio, quindi, lo studio di quelle forme che non riguardano il mio caso, ed, accennando brevemente alla storia clinica, esporrò quanto mi è stato possibile studiare per contribuire alla casuistica delle lesioni *parasifilitiche della laringe*.

Il giorno 15 giugno u. s. fui invitato dall' illustre Prof. G. Petteruti, dell' Ospedale Incurabili, a recarmi a visitare una inferma giacente al n. 13 del suo reparto: sono fortunato di potergli pubblicamente manifestare i

---

(1) Dalla statistica, che io ho fatto, di otto anni si rileva che, nell'Ambulatorio di Laringoiatria della R. Università di Napoli, diretto dal Prof. Massei, su 8227 ammalati, furono 598 quelli che presentarono lesioni sifilitiche gommose in atto o progresse (para o postsifilitiche?) nel tratto delle prime vie del respiro e, cioè, il 7,20 % e 57 quelli con lesioni del periodo infiammatorio e cioè il 0,69 %.

(2) *Fournier A.* Les affections parasyphilitiques. (Paris. Rueff et C.ie. 1894).

sensi della mia gratitudine per avermi porta l'occasione di studiare il caso in esame.

Cotroni Maria, di anni 50, da Ielsi, vedova, donna di casa, ricoverata in ospedale fin dal 14 maggio. Come ella stessa racconta, si contagiò di sifilide; e l'infezione luetica si manifestò con dolori osteocopi, caduta dei capelli, roseola etc. La sifilide seguitò a grandi passi la sua via, e l'inferma non si assoggettò mai ad alcuna cura specifica: così giunse il momento nel quale aveva chiesto ricovero in ospedale, per le gravi condizioni respiratorie in cui versava: vista perciò, la necessità di ricorrere ad un mezzo operatorio contro la laringostenosi, fui chiamato ed ebbi a notare quanto segue, limitandomi a dire, intorno allo stato generale, che la inferma era assai denutrita, debole e deteriorata dalle sofferenze della sua faticosa respirazione e dalla deficiente nutrizione, come appresso dirò:

Esame faringo-laringoscopico: sulla parete posteriore della faringe si notano vaste cicatrici che raggrinzano i tessuti molli, mentre il velo pendolo per la sua faccia posteriore le è aderente quasi totalmente, lasciando solo libero un piccolo foro, per dove si compie assai debolmente la respirazione nasale: rigurgito totale di qualsiasi liquido, a differenti densità e calore.

Distruzione dell'epiglottide che è ridotta ad un piccolo cordone trasversale, dimodochè la cavità laringea è lasciata completamente aperta, e. perciò, facile ad essere aggredita dai cibi e dalle bevande, che diventavano molesti ed esacerbanti la tosse al punto che l'inferma, anche per il rigurgito dal naso, preferiva rimanere digiuna.

La cavità laringea era trasformata dal processo distruttivo: così si notava distruzione della metà sinistra della laringe (aritenoidi e corde vocali), e la metà destra ridotta ad un ammasso informe non suscettibile di descrizione. Al di sotto del piano, che avrebbe dovuto essere occupato dalla rima glottica, esisteva un diaframma a modo di valvola, che, libero nel suo margine posteriore, permetteva ancora, benchè con somma difficoltà, il passaggio dell'aria.

L'esame laringoscopico era ben facile, sia per la man-

canza dell'epiglottide, sia perchè l'inferma non reagiva all'introduzione dello specchietto laringeo, per un certo grado di anestesia prodotta dalle vaste lesioni: un risentimento doloroso era avvertito solo nella regione anteriore del collo, in corrispondenza della cricoide.

Diagnosi: laringostenosi per lesione parasifilitica.

Per la gravità della lesione, e perchè la inferma richiedeva un pronto soccorso, dopo aver discusso fra la tracheotomia e la intubazione, in primo tempo, e venuto nella decisione di aggredire quel diaframma con un tubo per adulti, non molto grande, praticai, senza grande difficoltà e con la guida del laringoscopio, la intubazione.

Riuscitami, alla prima prova, io avevo avvertito che la punta del tubo aveva urtato contro un corpo, che, però, aveva ceduto immediatamente; il tubo, entrato adeguatamente, aveva fatto cessare subito la laringo-stenosi. Mentre mi rendevo conto del come il tubo potesse rimanere in sito, essendo parzialmente distrutta la regione aritenoidea sulla quale poggia la testa di esso, e la regione delle corde vocali, dove trova leggiera costrizione il suo colletto, mi accorsi che esso lentamente scendeva verso la trachea; lo cambiai con uno più grande, sempre affidato ad un robusto filo di seta.

L'inferma rimase intubata per dodici giorni, medicando la laringe, quando io le toglievo il tubo (per un massimo di quattro ore), con ittiolo. In questo frattempo l'alimentazione si compieva per mezzo della sonda esofagea, che era ben sopportata; la conveniente vittitazione con la ripristinata respirazione, avevano arrecato grande vantaggio alla paziente.

Intanto si praticarono, prima frizioni di unguento mercuriale napoletano, e, dopo, iniezioni ipodermiche di bicloruro di mercurio: queste erano già state fatte all'inferma durante tutto il suo soggiorno in ospedale. Tutto era inutile e non si aveva neanche un lieve miglioramento nelle condizioni patologiche della laringe.

Dopo tanti sforzi da parte mia per poter condurre a termine una così difficile cura, e mentre pensavo di provvedere a che non dovesse rimanere sempre con una cannula,

l'inferma, in un momento di sconforto ella stessa si tolse il tubo, tirando il filo, che, come ho già detto, avevo dovuto conservare, ed immediatamente morì, prima che le potesse essere arrecato qualunque aiuto.

Autopsia. Essa non fa rilevare che la lesione che è stata la causa unica e vera della morte. Quindi, si trova un organismo completamente rispondente alle condizioni di vita; gli organi interni sani.

Alla laringe quanto segue: epiglottide quasi distrutta: il residuo ridotto ad un tubercolo, quasi come una piccola unghia. La regione glottidea si presenta sotto forma di cicatrice, che parte dalla regione anteriore, e, sotto forma raggiata, interessa le false corde, i seni del Morgagni e le vere corde: la distruzione della regione meso ari-tenoidea indipendente da questa cicatrice.

Al di sotto delle vere corde un diaframma, con attacco anteriore, a margini laterali e posteriore liberi, perforato e risultante della mucosa di rivestimento della superficie interna della cricoide, della porzione inferiore della faccia interna delle lamine della tiroide, che, in questa maniera, venivano a mostrare la nuda cartilagine. Si nota anche pregressa condro-pericondrite: nessun processo in atto.

Fra le lesioni parasifilitiche della laringe, Massei, in una sua recente monografia (1), ben traducendo nel campo laringologico la nuova idea di Fournier (2), ha enumerate e spiegate le ragioni, per le quali egli riteneva come appartenenti al gruppo parasifilitico, fra le varie da lui enumerate, le stenosi cicatriziali, o sotto forma di granulazioni, di neoformazioni, di aderenze delle corde vocali, l' anchilosi e pseudo-anchilosi dell' articolazione crico-aritenoidea, la condro-periondrite una volta gommosa, le miositi interstiziali e così via. Queste lesioni rientrano nel concetto dell' assioma generale, cioè lesioni di origine sifilitica, che ne hanno perduta la natura, e che non possono essere nè influenzate, nè avere alcun risentimento da

(1) *Massei.* Les affections parasyphilitiques du larynx (Ann. des mal. de l'oreille, du larynx ecc. n. 2, 1899).

(2) loc. cit.

una cura specifica. A tali diverse forme è da aggiungersi la formazione dei diaframmi sopra e sottoglottici. Nel caso ora descritto, la stenosi non era data da anchilosi dell'articolazione aritenoidea, non dall' aderenza delle corde vocali, come nei casi che Massei ricorda nella sua monografia, non da edema o da infiltrazione; la cavità glottica era completamente libera, perchè distrutta con apparenti cicatrici; ma il diaframma, direi quasi valvolare, che libero nel suo margine, non seguiva completamente la corrente d' aria d' inspirazione e d'espirazione, era la vera causa della laringostenosi. Questo diaframma, formato ad usura della mucosa di rivestimento interno delle cartilagini, era l'effetto sicuro di una pregressa condro-pericondrite: scollata a poco a poco la mucosa per infiltrazione, nel naturale processo di riparazione, dovuto forse alla cura specifica, era rimasto questo lembo, indipendente dalla cartilagine, e, per lungo tempo, nelle medesime condizioni, senza ricevere alcun benefico effetto dalla cura mercuriale che, senza interruzione, era stata praticata all' inferma anche durante la sua permanenza in Ospedale. Insomma questo diaframma, che, dovuto etiologicamente alla sifilide, aveva dato campo allo svolgersi di una forma a sè, produceva pericoli inerenti alla sua forma anatomica, e non rappresentava un processo sifilitico in atto, una immediata manifestazione della sifilide, come si rileva dalla inutilità della cura specifica praticata, pure essendo una affezione richiedente come causa esclusiva e necessaria la sifilide.

Inoltre due altri importanti fattori sono da richiamarsi: la gravità inerente alle lesioni parasifilitiche, ed il prognostico che non può essere dei più favorevoli. Ambedue questi fattori ci spiegano la esistenza di quelle affezioni, che a gradi a gradi dovranno acquistare un campo più largo ed entrare trionfalmente nel dominio della scienza.

Se pensiamo agli esiti di una condriopericondrite gommosa, ed invece di trovare sul tavolo anatomico ascesso formato od aperto, necrosi o sequestri cartilaginei, fissazione della corda per anchilosi della crico-aritenoidea, in una pa-

rola tutti fatti spieganti una stenosi (1), capita sotto la nostra osservazione un diaframma così come io l'ho descritto, nel mio caso, noi troviamo altre ragioni, cioè altri dati anatomici per ammettere le affezioni parasifilitiche della laringe.

Ecco dunque, un altro tipo che merita adeguata considerazione. Abbiamo avuto il controllo della clinica nell'autopsia. Osservando la inferma diagnosticammo grave il suo stato, perchè non trovando una lesione in atto, ammettemmo che una miglioria era solo possibile con una cura chirurgica radicale (e l'inferma non ce ne dette il tempo) che avrebbe distrutto il diaframma glottico, minacciante la vita.

Non affidammo, certo, le nostre speranze alla cura mercuriale e non la tralasciammo per essere, dopo, più certi dell'inutile aiuto suo, e per un necessario controllo. Ma lo specifico aveva perduto il suo potere, e la sua insufficienza ed inefficacia davano un valido appoggio alla certezza di una lesione parasifilitica.

Se rileggendo il libro del Fournier, noi siamo attratti da una corrente di simpatia verso l' ideatore di un concetto così puro e scientifico, non meno profondo deve essere il pensiero che rivolgiamo a chi, ben comprendendo il significato di una nuova via dischiusa dal grande sifilografo francese, seppe trovare la soluzione di gravi problemi, che nella mente di noi laringologi, si affacciano continuamente in pratica: quante volte, ora si potrà con sicurezza affidare le proprie speranze alla cura medica, o alla chirurgica, quante volte il mercurio sarà utile o inutile, e quante volte l' inutilità di esso ci additerà il processo operativo, necessario contro le insidie delle affezioni laringee. Imperocchè se la parasifilide, in genere, rappresenta una entità morbosa molto grave, per la laringe indica gravezza ed estrema gravezza, sia per quanto è inerente al tipo patologico ed alla inutilità della cura specifica, sia per la sua topografia: converrà che questo terzo

(1) *Trifiletti.* Lesioni parasifilitiche e post-sifilitiche della laringe? (Archiv. ital. di Lar.; Anno XX, fasc. I).

dannoso fattore sia costantemente ricordato nella prognosi di una affezione così importante.

Infine, mi sia concesso di ritenere utile la pubblicazione del presente caso, quale contributo allo studio, ancora primordiale, di un nuovo capitolo patologico, e di potere trarre le seguenti conclusioni:

I. Fra le lesioni parasifilitiche, indicate dal Fournier e specializzate dal Massei, per la laringe, va contata anche la formazione dei diaframmi sopra e sottoglottici.

II. Rappresentano le lesioni parasifilitiche della laringe un contributo vasto alle uguali affezioni del rimanente organismo.

III. Oltre alla gravezza, comune a tutte le affezioni parasifilitiche, in quelle della laringe prende il primo posto la laringo-stenosi, che richiede sempre un pronto intervento chirurgico.

BIBLIOGRAFIA

La Surdi-mutitè; étude mèdicale par le Dr. ETIENNE SAINT-HILAIRE. Paris; Maloine, Editeur; 22 rue de l' Ecole de Médicine, 1900.

Ad accrescere la già ricca letteratura speciale sul sordomutismo viene molto opportuna quest'opera dell'egregio dott. Saint-Hilaire, il quale, oltre ad aver preso cognizione delle opere congeneri pubblicate altrove, ha potuto controllare e rinnovare le opportune ricerche negli allievi dell'importante istituto dipartimentale pei sordomuti d'Asnières. Anzi, come l' A. stesso accenna nella prefazione del suo lavoro, può dirsi che questo sia scaturito quasi spontaneamente dalle esperienze fatte colà e dalle ricerche anamnestiche che ebbe occasione di effettuare mercè l'aiuto e la intelligente cooperazione della Direzione di quell' Istituto.

È da notare che ai lavori di Itard, Blanchet, Couëtoux e Bonnefoy, i quali compendiano lo studio medico, pedagogico e legale sul sordomutismo, il Saint-Hilaire aggiunge con quest'opera un prezioso contributo dal lato della patogenesi e dell'anatomia patologica. Il che, mentre si era già largamente fatto nei paesi del Nord, e segnatamente in Norvegia e in Danimarca, non si era ancor fatto altrettanto in Francia. Quanto all'Inghilterra alla Germania e all' Italia, prescindendo dalle pubblicazioni nazionali, quel contributo ce lo aveva

portato la traduzione dell'opera del dott. Mygind di Copenhagen — *il sordomutismo* — opera che il Saint-Hilaire cita spessissimo, avendovi attinto largamente (1) ed avendone, si può dire, seguito il disegno nella stessa distribuzione del suo lavoro. Quello però che ha un valore individuale nello studio dell'autore francese e che perciò interessa anche quelli i quali conoscono la letteratura del genere, sono le indagini relative alla Francia. E queste l'A. le ha incatenate per via di raffronto con quelle degli altri autori in modo da dare un' idea chiara e completa dello stato delle cose, o se più piace degli studi compiuti sull'argomento dagli uomini della scienza che illustrano in Europa l'otologia e le scienze affini.

Nel capitolo dedicato alla sintomatologia è notevole il riassunto dei dati e l'esposizione dei metodi proposti per l'applicazione degli esercizi auricolari, pei quali l'A. si mostra molto favorevole, ed io ricordo la sua insistenza fatta al Congresso degli Educatori e dei Sordomuti di Parigi (agosto 1900), perchè si assegnasse a questi esercizi un posto nel piano didattico delle nostre scuole. Siccome però la condizione posta dai fautori dell' insegnamento auricolare è inattendibile nelle presenti condizioni, il voto rimase nel suo stato di pio desiderio e forse vi rimarrà finchè non ci potremo dare il lusso di assegnare un maestro per ciascun allievo. Non si vuol dire con questo che la parte dello studio del dott. Saint-Hilaire dedicata agli esercizi acustici riesca fuor di luogo. Dopo i lavori dell' Urbantschitsch e di Bezold, la constatazione delle tracce più o meno apprezzabili di udito nei sordomuti costituisce infatti la parte più importante e più interessante della sintomatologia. Nell'opera del Saint-Hilaire ha poi il carattere di novità, giacchè nè il Mygind, nè l'Uchermann (2) ci si sono trattenuti, e le pubblicazioni speciali di Urbantschitsch e Bezold non sono troppo conosciute nè tradotte del tutto in altre lingue fuori della tedesca.

Importanti sono pure i risultati delle indagini fatte dall'A. sui caratteri generali dei sordomuti, ma non è ancor lecito a mio parere trarre delle conclusioni generali finchè le esperienze non siano ripetute ed estese su di un numero maggiore di soggetti. Giova perciò augurarsi che queste esperienze si vadano moltiplicando nelle varie Nazioni e che i volenterosi abbiano l'opportunità di rendere di pubblica ragione i resultati ottenuti. Soltanto per questa via è possibile giungere ad uno studio comparativo esteso ed attendibile.

Quella che è da raccomandarsi a chiunque intraprende siffatte indagini è la precauzione spinta fino allo scrupolo, perchè l'osserva-

---

(1) Per es. i resultati delle autopsie in numero di 153, se si eccettuano 4 o 5 casi, sono i medesimi che riferisce il Mygind nell'opera ricordata.

(2) L'Uchermann nella sua colossale opera: *I Sordomuti in Norvegia*, accennando appena alla teoria degli esercizi acustici, la dice un' illusione.

zione psichica del sordomuto è un problema arduo e difficilissimo, specie se non si stia in guardia verso la sua debolezza, o per meglio dire verso la sua tendenza alla suggestione di se stesso e da parte di chi lo prende a studiare.

Il Saint-Hilaire era però in buona compagnia, avendo fatto le sue osservazioni coll'assistenza del bravo prof. Baguer, direttore dell'Istituto d'Asnières.

Bel complemento dell'opera è il ricco indice bibliografico col quale il Saint-Hilaire chiude il suo libro. Vi sono notate ben 670 pubblicazioni sui sordomuti, (in gran parte in materia medica) o articoli comparsi nei più noti periodici scientifici di Europa. Anche per questa ragione il libro del Saint-Hilaire è da raccomandarsi ai cultori della medicina, come agli educatori dei sordomuti.

Siena, novembre 1900. G. Ferreri.

SEZIONE DI OTOLOGIA

del XIII Congresso Internazionale di Medicina

Parigi 2-9 agosto 1900

Dott. E. Gellé, *Presidente.*

Dott. A. Castex, *Segretario.*

(*Continuazione della Sezione di Otologia vedi n. 12 - 1900*).

Le esperienze acustiche applicate all'educazione dei sordo-muti.

Dott. Schwendt.

1. *Bisogna sempre cercare di servirsi del resto d' udito quando è considerevole.* Il resto d' udito è sufficiente quando permette di distinguere le vocali e un certo numero di consonanti, quel che corrisponde sempre a una udizione sufficiente del la^3, la^4.

2. *L'educazione complementare per mezzo dell'orecchio non deve essere fatta a carico del poter leggere colle labbra.*

3. Per giudicare bene i risultati del metodo, *è desiderabile che i semi-sordi, atti a beneficiare l'istruzione complementare, siano, per lo meno per prova, completamente separati dagli altri sordo-muti,* come l'ha dimostrato Bezold.

Le cause e la cura della malattia di Menière

per il dott. Moll.

La malattia di Menière, o l'insieme dei segni detti sintomi di Menière, rappresentanti una forma clinica, consiste in vertigini

unite a rumori, a sordità o durezza d'udito, a nausee e a vomiti. Avanti il 1861, epoca in cui Menière attirava l'attenzione su questa malattia, o su questi gruppi di fenomeni morbosi, casi simili furono ascritti al repertorio delle affezioni cerebrali (congestione cerebrale) perchè la vertigine, il sintomo principale della malattia non fu attribuita che a malattie dell'encefalo. Nonostante le esperienze celebri di Flourens, la partecipazione del laberinto al senso statico fu disconosciuta. La vertigine detta *ab aure laesa*, oggi ammessa universalmente, prende la sua origine in una affezione durevole o passeggera del laberinto; *primaria,* se vi è lesione intralaberintica (emorragia o alterazione profonda per processi morbosi, sifilide, ecc.); *secondaria*, se non vi è che un aumento di tensione intralaberintica, compressione anormale, conseguentemente a diverse lesioni dell'orecchio medio (ritenzione di essudati intratimpanici, anchilosi degli ossicini, saldatura della staffa, ostruzione tubaria ecc.), oppure dell'orecchio esterno (ammasso ceruminoso).

Le affezioni cerebrali, cerebellari o dell'acustico (tumori, malattie funzionali dell'encefalo, sclerosi) che fanno nascere le vertigini sono accompagnate da tanti altri sintomi che il quadro sintomatico sparisce o diviene irriconoscibile. Le vertigini dette *riflesse*, cioè quelle il di cui punto di partenza si trova negli organi più lontani hanno contribuito alla confusione per lasciarli sotto silenzio.

È la vertigine gastrica che ha allontanato dal laberinto l'attenzione dei medici, sono le vertigini *riflesse* provocate da alterazioni morbose del naso e del naso faringe che hanno attirato troppo l'attenzione verso il laberinto e hanno fatto trascurare le cause principali della vertigine. Errore perdonabile considerando il rapporto intimo che vi è fra le affezioni nasali e quelle degli orecchi.

Si è molto lontani da potere riunire queste affezioni dei diversi organi che costituiscono una forma clinica in una entità morbosa. Non è conforme all'osservazione il prendere come tipo la forma apoplettica cioè l'identificare l'apoplessia dei canali semicircolari con la malattia di Menière perchè: 1° le osservazioni anatomo-patologiche sono insufficienti; 2° l'etiologia differisce nei differenti casi anche dalla forma apoplettica; 3° vi è una gran differenza fra il principio, l'andamento e il termine della forma apoplettica e delle altre forme; 4° i casi apoplettici formano una minoranza notevole in confronto dei casi dove vi è una affezione cronica degli orecchi. Come la malattia di Menière propriamente detta si presenta sotto forme differenti, come essa non ha sempre la stessa crigine e come i sintomi sono esattamente gli stessi quando si tratta d'una affezione delle altre parti dell'orecchio non mi sembra utile di riservare l'espressione: malattia di Menière per una forma soltanto. Questa riserva contribuirà a fare continuare la confusione. I sintomi di Menière essendo identici con i sintomi laberintici, si potrebbe indicare l'affezione di cui si tratta con il suo nome aggiungendo: con i sintomi laberintici. Questo pure non sarebbe esatto perchè vi sono dei casi cerebrali

e cerebellari e dell'acustico dove esistono dei sintomi laberintici senza che si sia potuto dimostrare un'affezione laberintica. Perciò io consiglio di seguire Brunner, V. Frankl-Hochwart e altri autori che hanno proposto di cambiare il nome di « malattia di Menière » in « sintomi di Menière » per tutti i casi con questa restrinzione di fare una classificazione e di prendere per base, di divisione la sede dell'affezione.

Perciò :

Sintomi di Menière a;

a	la malattia	dell'orecchio	esterno.	
b	»	»	medio	α acuta
	»	»	»	β cronica
c	»	»	interna	α emorragica
	»	»	»	β traumatica
	»	»	»	γ acuta
	»	»	»	δ cronica
	»	»	»	ε tossica
d	»	»	dell'acustico	
	»	»	»	α tabe
	»	»	»	β neoplomatica
	»	»	»	γ nevrosi (angionevrosi).

Io non ho citato separatamente le malattie cerebrali, perchè insomma se l'udito è intatto, non vi è *vertigine auricolare ;* se non lo è, e se un'affezione auricolare partecipa all'affezioni cerebrali, noi non dobbiamo occuparcene che per quanto l'acustico ne sia affetto. Un capitolo di sintomi pseudo Menière comprendenti le vertigini isteriche, epilessia ecc., mi sembra inutile. Queste affezioni devono essere classificate nella diagnosi.

La cura dei sintomi di Mèniere è quella delle differenti affezioni auricolari nelle quali i nervi ampollari sono eccitati sia da una lesione materiale del laberinto, sia per compressione secondaria, sia per compressione riflessa. Nel primo caso, quello più raro, sarà più efficace una cura generale, mentre negli altri casi tutta la terapeutica delle malattie dell'orecchio potrà mettersi in opera. Sono indicati nella crisi il riposo e gli antiflogistici : il riposo assoluto del corpo e dell'orecchio, soppressione delle emozioni psichiche e di qualunque eccitante ; si devono evitare i rumori violenti e sarà favorevole un regime severo, un clima asciutto e soprattutto l' astinenza da qualunque bibita alcoolica.

Per calmare l' iperestesia laberintica, il solfato di chinino è il medicamento da preferirsi, amministrato a dosi non molto alte; poi le iniezioni ipodermiche di pilocarpina (Politzer, Lucae); la segala cornuta (ergotina) (Lucae) medicamento giustamente indicato, ma che non è stato molto efficace.

Danno risultato migliore questi medicamenti favorendo il riassorbimento secondo il punto di vista etiologico (sifilide).

Nello stato nevrastenico i bromuri sono i medicamenti più utili.

Tenendo conto dell'etiologia per tutti gli altri casi, insieme alla cura locale che si prescrive, è indicata qualunque operazione che possa liberare il laberinto dalla compressione dalla più semplice operazione, estrazione di cerume, alla doccia d'aria, dalla paracentesi della membrana del timpano fino alla puntura della finestra rotonda (Botey e Cozzolino). Gli stessi principi per la cura delle malattie dell'orecchio valgono per quelle del naso della gola e del nasofaringe, non solamente dal punto di vista etiologico, ma anche come punto di partenza delle vertigini riflesse.

Uno sprone del setto nasale, un cornetto medio ipertrofizzato, le vegetazioni adenoidi così legate all'affezioni auricolari, provocano al medesimo tempo, come riflesso, delle vertigini simulando così un quadro di sintomi di Menière che veramente non meritano questo nome. Non ho ottenuto nessun resultato dall'elettricità; nonostante che l'autorità di Politzer, che ha galvanizzato con successo il gran simpatico nei casi di forma angionevrotica, e di Brunner ci consigli di provarla nuovamente.

Speculum dilatatore per l'esame estemporaneo dell'orecchio.

per il dott. G. Mahu.

L'A. presenta questo istrumento che può essere utile nei casi di stenosi accidentali del condotto uditivo che si osservano comunemente in alcune malattie quali l'otite purulenta secretiva, la furuncolosi, l'eczema e le infiammazioni diffuse dell'orecchio esterno.

Quest'istrumento è uno speculum auris di un diametro molto piccolo che introdotto nel canale quando è ristretto, si dilata a poco a poco finchè non abbia fatto doventare il detto condotto di un diametro sufficiente da permettere l'esame;

L'istrumento si compone di due speculi che possono penetrare uno dentro l'altro come i canocchiali da teatro, e in cui le parti campanulari sono riunite da anelli cilindrici che si possono avvitare l'uno sull'altro per produrre questa penetrazione. Il tubo dello speculum interno è più corto, ma ha un calibro superiore a quello del tubo esterno lungo.

Questo sottile secondo tubo d'acciaio e stato segato longitudinalmente seguendo due piani diametralmente perpendicolari fra loro, resultando, così sezionato, in quattro branche che si potranno successivamente allontanare le une dalle altre a misura che lo speculum interno progredisce nello speculum che lo inguaina.

Al fine di impedire l'uscita dello istrumento dall'orecchio nel momento in cui si produce la dilatazione, le estremità penetranti di questo speculum terminano con un piccolo ingrossamento che quando dette branche sono riunite dà alle medesime l'aspetto olivare.

Per quanto ingegnosa la costruzione di questo apparecchio la crediamo poco utile per la pratica, dovendo provocare dolore la sua applicazione, specialmente quando le stenosi del condotto sono accompagnate da dermatite.

Paralisi isterica della corda vocale sinistra, con paresi concomitante dello sterno mastoideo e del trapezio della stessa parte, anestesia e paresi del velo del palato, disturbi nella deglutizione e ipersecrezione.

Dott. CHAUVEAU.

Donna di 53 anni che ha avuto a 18 anni una paraplegia nevropatica; qualche altra stigmate d'isterismo, specialmente isolotti d'analgesia. In seguito a una deglutizione irregolare è presa subitamente dai seguenti sintomi: voce rauca, spiacevole e debolissima, paresia marcatissima dello sterno-mastoideo e del trapezio a sinistra; otturazione e regurgitazione degli alimenti dal naso; ipersecrezione abbondante delle glandule muccose. Anestesia del palato. All'esame laringoscopico, corda sinistra immobile nella abduzione. Disparizione rapida di questi sintomi in pochi giorni.

La paresi dello sterno mastoideo, del trapezio e del velo coincidendo con la paralisi della corda vocale sembra un fatto clinico riguardante la parte speciale fonatrice.

Sopra un raro esito dell'empiema mastoideo

per il dott. C. POLI, docente in Genova.

Fra i differenti modi di diffusione di un empiema mastoideo, l'A. richiama l'attenzione del Congresso sulla possibilità che il pus, dopo avere raggiunta la doccia sigmoidea, si manifesti spontaneamente verso la superficie, senza determinare delle lesioni gravi nel seno sigmoideo.

Le osservazioni cliniche sulle quali si basa questo studio riguardano una bambina di 9 anni e un uomo di 51 anni, che presentarono una mastoidite acuta, seguita da perisinusite, e successivamente da un ascesso sottoperiosteo.

In ambedue i casi una fistola conduceva direttamente dalla corticale esterna fino alla doccia del seno, le cui pareti erano arrossate e ricoperte da granulazioni. In uno di codesti casi il seno si constatò libero, mediante una puntura esplorativa. In tutti e due i casi mancava ogni sintomo pioemico e l'operazione fu regolarmente seguita dalla guarigione.

L'A. fa rilevare che, acciocchè una simile spontanea terminazione dell'empiema mastoideo sia possibile, occorre che il seno sia situato superficialmente al disotto dell'osso che lo protegge. Ciò può verificarsi tanto nel caso che la squama mastoidea, sotto la quale il seno è situato, sia sottile in tutta la sua estensione, come si verifica nei bambini, quanto nel caso che la doccia sigmoidea, scavandosi un solco profondo sulla faccia interna della squamma mastoidea medesima venga ad avvicinarsi alla corticale esterna, ciò che si verifica talora nelle mastoidi sclerose o diploiche.

La nozione della possibilità di un simile risultato spontaneo dell'empiema mastoideo potrebbe evitare, secondo l'A., una lesione

accidentale del seno sigmoideo, lesione che in simili circostanze deve essersi verificata parecchie volte e che, quando non abbia delle più gravi conseguenze, avrebbe sempre l'inconveniente di impedire la continuazione dell'atto operativo.

Contributo alla cura dell'ipertrofia tonsillare per spezzettamento.

Dott. RUAULT.

Il dott. Ruault ricorda che il principio del suo metodo d'ablazione delle tonsille per mezzo della sua pinza asportante dei pezzi consiste nello schiacciare dapprima, ed asportare poi, dei pezzettini in seguito allo schiacciamento. Perciò la sua pinza non è tagliente. I fabbricanti vendono oggi delle pinze che sono taglienti e non schiaccianti: ciò è uno errore che egli non attribuisce al suo metodo. D'altra parte in certi casi, lo schiacciamento semplice di una amigdala peduncolata fra la morsetta di una forte pinza piana basta a fare sparire la glandula con la compressione, e si potrebbe in caso di bisogno fare di questo processo un metodo speciale che si chiamerebbe amigdalotrisia.

La chirurgia dei seni della faccia nei suoi rapporti con la chirurgia dell'orbita.

per il dott. G. LAURENS.

L'A. studia i rapporti *anatomici, clinici ed operatori* fra i seni della faccia e le cavità orbitarie. Egli ha operato 5 malati affetti da sinusite fronto-etmoidale, o da etmoidite isolata, con fistulizzazione orbitaria, flemmone consecutivo, e che avevano già subito molti interventi operatori. L'A. ottenne in tutti questi casi una vera cura radicale, grazia alla tecnica chirurgica speciale che mette in opera e che espone.

Eseguisce una lunga incisione curvilinea partendo dalla estremità del sopracciglio, contornando la radice del naso e terminante un po' indentro della commissura interna. L'incisione deve comprendere tutte le parti molli fino all'osso. Quindi emostasia accurata dell'anello arterio-venoso periorbitario con resezione del nervo sopraorbitario.

Tutti gli organi (muscoli, ligamenti, puleggia del grande obiquo) inserentisi alla parete interna, sono distaccati; il globo oculare è spostato in fuori per mezzo di un uncino smusso. E' assolutamente necessario di evitare la sezione delle arterie etmoidali anteriori che costituiscono il limite superiore del campo d'azione per la sgorbia; agendo sopra questo punto si rischia di penetrare nella cavità craniense. Abbiamo allora sott'occhio la lamina papiriacea dell'etmoide, spesso cariata. Vi si affonda la cucchiaietta tagliente e così si può agire sopra tutta la parte anteriore dell'etmoide. Questa via permette l'adito nel canale naso-frontale e per quello sul seno-frontale. Quando questo è infettato e che ha subito varie trapanazioni, il mi-

gliore metodo per ottenere la guarigione radicale consiste nel deprimere fortemente tutta la parete anteriore. In tre casi Laurens ha dovuto resecare l'arcata sopraciliare ed una gran parte della volta orbitaria per aggredire e raggiungere profondi diverticoli. Quando non vi è pus nel naso, l'A. fa il drenaggio dalla parte della via orbitaria. Il resultato estetico è buono; nei casi di fistole etmoidali la cicatrice è appena apparente e si confonde con il sopracciglio. Nelle resezioni della volta dell'orbita, persiste un infossamento più o meno pronunziato. Come effetto della operazione l'A. non ha mai osservato nè disturbi nella motilità oculare, nè strabismo.

Palpazione del seno mascellare ed operazione endonasale dell'empiema del seno mascellare

per il dott. KASPARIANTZ di Mosca.

Il metodo diagnostico colla palpazione consiste nell'appoggiare una sonda gomitata ad angolo retto in avanti od in dietro del *processus uncinatus* per provocare l'uscita del pus a gocce od anche a getto dall'orifizio del seno massillare.

Eseguendo l'operazione endo-nasale si seziona con un coltello speciale la parete del seno massillare in avanti ed in dietro del *processus uncinatus*, si solleva il processus medesimo per mezzo di un uncino smusso, e dopo si procede alla resezione della parte inferiore della parete interna ossea del seno, come pure della parte media del cornetto inferiore con una pinzetta speciale.

L'A. afferma avere operato con questo metodo 34 casi, in 31 dei quali ottenne la guarigione.

Sulla cura delle faringiti croniche

per il dott. CAMILLE SAVOIRE.

La difficoltà che hanno trovato tutti coloro che si sono occupati della cura delle faringiti croniche proviene dal fatto che le pennellazioni, le polverizzazioni con soluzioni medicinali, le insufflazioni con polveri medicamentose, le cauterizzazioni fisiche o chimiche non possono raggiungere tutte le ripiegature della muccosa ammalata. L'A. propone l'uso di sostanze antisettiche volatili, che adopera con buoni resultati dopo 3 anni nella sua privata clientela.

Dopo avere corrette le lesioni nasali d'ordine meccanico (che sono la causa più frequente delle faringiti) con mezzi medici o chirurgici od altri tali, ristabilendo nella maggiore misura possibile la permeabilità nasale, l'A. pratica la cura seguente:

1.° Lavande naso-faringee per mezzo di una o due sonde — nasale anteriore o nasale posteriore secondo la tolleranza dei malati — per sbarazzare la cavità naso-faringea delle secrezioni che vi si accumulano, con mezzo litro di soluzione di fenosalolo all'1 %.

2.° La lavanda è seguita da una inalazione nasale di 4 o 5 minuti con un cucchiaio da caffè di questa soluzione:

Formol	gr.	5
Mentolo	»	10
Goménol (?)	»	10
Cloroformio	»	10
Acqua di Cologna	»	100

3.° Ogni sera l'A. fa pennellare la regione naso-faringea con una delle due seguenti soluzioni:

A. Soluzione acquosa satura di resorcina (p. 15 in 10).

B. Mentolo	gr.	1
Tintura di iodio	»	5
Glicerina	»	10

Questa cura deve essere continuata per alcune settimane.

RASSEGNE

1. **La vaporizzazione intranasale. Nuovo metodo per l'emostasi di rinorragie gravissime e per la cura di gravi malattie del naso e delantro d'Igmoro,** pel dott. prof. E. Berthold. (Die intranasale Vaporisation ein neues Verfahren zur Stillung lebensgefährlichen Nasenblutens und zur Behandlung schwerer Erkrankungen der Nase und der Kieferhöle, von prof. dott. E. Berthold. Königsberg. Hirschwald, Berlino 1900). — Com'è universalmente conosciuto il vapor acqueo caldo è dotato di una possente azione emostatica, e l'A., analogamente a quanto già sin dal 1894 si fa per le emorragie uterine, se ne servì contro gravissime e pericolose rinorragie. Oltre a ciò colla vaporizzazione Berthold si prefigge lo scopo di migliorare e di guarire una malattia cronica della mucosa nasale eccitandovi una flogosi acuta.

In una breve descrizione dei principali mezzi emostatici in uso contro le rinorragie ne ricorda gli inconvenienti.

Il tamponamento con garza iodoformica è un buon mezzo, ma se fatto vicino alle coane, o se lasciato per più di 24 ore, dà facilmente complicazioni auricolari.

I mezzi termocaustici sono pure ottimi, dando luogo alla formazione di un'escara che prima di tutto chiude la soluzione di continuo, sotto la quale si viene formando una flogosi di reazione che conduce poi alla guarigione definitiva. Ma se l'escara viene a cadere prima che questo processo di riparazione sia compiuto, insorge di nuovo l'emorragia.

Il ghiaccio dà luogo ad una contrazione dei capillari, ed anche dei vasi più grossi, ma se cessa la sua azione cessa pur subito la contrazione, ed i vasi si dilatano nuovamente.

Servono meglio abbondanti irrigazioni nasali a 50°, le quali producono una tumefazione del tessuto, in modo da comprimere la soluzione di continuo. Si fa poi probabilmente un' infiammazione reattiva, per mezzo della quale si rigenera la parete del vaso.

I mezzi interni, segala od ergotina, servono a ben poco e l'azione loro non è duratura.

L'A. non ha che a lodarsi dei resultati ottimi e duraturi ottenuti colla vaporizzazione nasale in due casi di emorragie gravissime e contro le quali erano riusciti a nulla i sopradetti mezzi emostatici. I pazienti ambedue di oltre 60 anni, erano arteriosclerotici.

Fu pure guarito un paziente emofillico, che già da parecchi anni andava soggetto a ripetute gravi, e, negli ultimi tempi, quotidiane epistassi.

Dopo avere in un capitolo interessantissimo, esaminate le diverse teorie sull' infiammazione, conclude essere giuste le teorie che considerano l' infiammazione come un mezzo della natura per liberare l'organismo da elementi nocivi, e per la restitutio ad integrum di parti danneggiate od alterate: essere queste teorie quelle che giustificano la produzione volontaria di un' infiammazione in un tessuto malato, per ottenere con tal mezzo la guarigione: ne viene la deduzione che trovandoci di fronte a processi infiammatori cronici, cercheremo con mezzi artificiali irritanti, di risvegliare il processo torpido e sostituirlo con un processo acuto. Così si fa ora nella terapia del Pannus coll' infuso di Jequirity e non altrimenti si rigenerano le ossa osteomalaciche dopo un trauma od una frattura.

Il mezzo irritante scelto dal Berthold è il vapore d'acqua a 100.°

Una bruciatura della mucosa può essere di tre gradi. Si può cioè avere:

1° semplice iperemia
2° essudazione fibrinosa
3° formazione di escara.

Non si deve mai giungere a questo terzo grado nella vaporizzazione perchè si potrebbero avere serii inconvenienti per gli organi vicini: per il nostro scopo è utile e necessaria solamente un'azione di mediocre intensità che dia luogo ad un' essudazione fibrinosa. In questo modo avremo i migliori resultati.

Di questo metodo si valse l'A. oltrechè contro le emorragie, nei seguenti casi:

Empiema dell'antro d'Igmoro. Un caso, guarigione.

Lupus nasale. Due casi: in uno guarigione completa, nell'altro grande miglioramento. Dopo i bei successi di Lang colla cura operativa e di Albers-Schönberg e Hahn coi raggi Röntgen, consiglierebbe una cura mista, cioè: vaporizzazione per l' interno delle fosse nasali, ove non si può operare direttamente ed ove non giungono bene i raggi Röntgen e la cura Lang per l'esterno.

Ozena. Tanto la vaporizzazione quanto il metodo di Cholewa (frattura dei turbinati senza lesione della mucosa) sono basati sullo stesso

principio sopradetto. Colla vaporizzazione si suscita un' infiammazione fibrinosa di tutta la mucosa nasale, mediante la quale si eliminano tutti i germi infettivi, e si libera completamente il naso dai prodotti in essa stagnanti, dando così agio alla natura di esplicare liberamente la sua azione rigeneratrice.

In tutti i casi di ozena curati, il risultato fu senza paragone migliore di quelli che si ebbero cogli altri metodi. Esperimentò la vaporizzazione in dodici casi di ozena; ecco i risultati:

Un caso poco migliorato.

Tre casi molto migliorati non furono più riveduti.

Due casi molto migliorati, ma l'operazione è recente, e sono ancora in osservazione.

Un caso. Rivisto dopo un anno, notevolissimo resultato.

Cinque casi. Completamente guariti, e la guarigione si mantiene da un anno.

Rinite cronica con ipertrofia della mucosa, e con impedita respirazione nasale.

Cinque casi guariti.

Un caso. Guarigione, e restituzione dell'olfatto sparito già da molti anni.

L'A. raccomanda il suo metodo anche contro la rinite leprosa contro la quale, dati i resultati degli studi di Roberto Koch e di Sticker che considerano il naso come luogo di elezione per l'affezione primaria, deve logicamente aver ottimo effetto una energica medicazione nasale.

L'apparecchio produttore del vapore è quello del dott. Pincus di Danzig; consiste essenzialmente in una solidissima cassetta di rame della capacità di litri 0.6, alla quale sono assicurati con ermetica chiusura un termometro, esattamente regolato, ed un tubo di gomma lungo 0.75 cent. e molto resistente. Non v'è bisogno di valvola chè sarebbe utile soltanto in caso di temperature che oltrepassano di molto quella necessaria per l'operazione.

Al tubo di gomma viene fissato un catetere analogo a quelli che servono per la tuba, colla differenza però che esso è diritto, e la sua apertura anteriore è chiusa per evitare che il vapore vada direttamente nel rinofaringe, o nella tuba. La sua parte anteriore è perforata lateralmente e presenta vari fori. Intorno a questo primo tubo avvene un altro più largo con tre fessure laterali corrispondenti ai piccoli fori del catetere; questo secondo tubo aperto posteriormente serve per l'emissione di acqua di condensazione, sangue ecc. Il tutto è montato su manico di legno.

Pincus denominò *Atmokanter* il suo apparecchio ed *Atmokausis* la vaporizzazione. Per il riscaldamento usansi lampade ad alcool costrutte secondo il principio di Bunsen, a due o più fiamme, secondo si vogliono avere temperatura da 100° a 115°.

Le modalità operatorie sono le seguenti: data la brevissima durata dell'operazione preferisce alla narcosi generale, l'anestesia lo-

cale di tutta la mucosa nasale con soluzione di cocaina al 10 per cento ed in seguito con un batuffolo di cotone imbevuto di cloroformio, che agisce non solo localmente e sotto forma di vapore su quelle parti della mucosa a cui non si potè arrivare, ma pur anche come narcotico senza che mai si giunga a perdita completa della coscienza. Si unge attentamente con vaselina il labbro superiore ed il vestibolo delle narici, e dopo aver ricoperto tutto il restante della faccia con una compressa, si introduce l'atmocauter nella narice, si penetra sino alle coane, poi si lascia uscire il vapore. Si gira un po'il catetere perchè il vapore colpisca tutte le parti della mucosa, e dopo circa tre minuti secondi si ritira l'instrumento e l'operazione è finita.

Se si avesse da vaporizzare un seno mascellare dall'alveolo, sarebbe naturalmente aperta l'estremità anteriore del catetere, e chiusi i fori laterali; si prenderanno grandi precauzioni per proteggere la mucosa orale che può facilissimamente venir lesa, inoltre sarà bene introdurre ed estrarre l'atmocauter chiuso dal foro alveolare.

L'apparecchio deve essere provato prima di ogni operazione per evitare l'uscita di acqua di condensazione.

In qualche caso subito dopo l'operazione si ebbe una lieve emorragia che però cessò quasi immediatamente pel gonfiore della mucosa, e successiva compressione dei capillari.

La temperatura è di circa 99° e si può considerare come costante durante l'operazione.

I dolori soggettivi sono un po' più forti che dopo la galvanocaustica, la faccia in principio si tumefà e si arrossa alquanto. Già subito nelle prime ore si stabilisce una secrezione abbondantissima dapprima acquosa poi fibrinosa, poi, tumefacendosi enormemente la mucosa, il deflusso anteriormente diminuisce, e la massima parte passa nella faringe. In qualche caso si ebbe una leggera febbre, cessata dopo uno o due giorni. La pelle del labbro superiore e del vestibolo delle narici si arrossa e si screpola per l'irritante secreto che continuamente defluisce, e che in massima parte è dato da coaguli fibrinosi bianco rossastri.

Dopo 8 giorni cessano i fenomeni di reazione, e con essi i dolori del paziente.

Raramente la tumefazione della mucosa si estese sino alla tuba, pure fra i vari casi operati ebbe due volte un' otite media essudativa che guarì subito dopo la paracentesi.

È facile la formazione di sinechie fra setto e turbinati, e bisognerà cercare di evitarle coll'interposizione di tamponi di ovatta.

Nei pazienti ozenatosi cessati i fenomeni secondari si ebbe per un tempo variabile un abbondante secrezione mucosa consecutiva.

Dott. R. Hahn. (Torino).

2. **Batteriologia degli empiemi dei seni della faccia** per i Dott. Stanculeanu et Baup. Gli AA. sono stati spinti a queste ricerche dall'importanza del soggetto e dalla scarsa letteratura. Essi enumerano le loro

osservazioni secondo la sede anatomica cioè — 1° Sinusiti mascellari — 2° Sinusiti frontali — 3° Sinusiti fronto-mascellari.

1.° Delle sinusiti mascellari ne hanno raccolti 12 casi e in 10 si trattava di sinusiti chiuse: il pus è stato raccolto per punzione del seno, o all'atto dell'operazione: soltanto in 2 casi il seno mascellare comunicava colla bocca per un tramite fistoloso. Il pus era pur portato nel laboratorio ove era esaminato in diversi mezzi: agar, brodo siero gelatina inclinata e in brodo, latte, patate e finalmente nei mezzi anerobi: gelosio zuccherato, e gelatina zuccherata, secondo il metodo di Veillome Zubu. Espongono quindi i singoli casi con la osservazione batteriologica e dividono le sinusiti di origine nasale successive a infezioni delle prime vie respiratorie; corizza, grippe con pus mucoso filante, non contenente come microbi, altro che specie aerobiche banali, e sinusiti di origini dentarie, successive a carie dentaria od a successioni morbose, (periostite alveolo-dentale) con pus cremoso fetido e come caratteristica, micro-bicologica presenza di numerose specie anaerobiche aventi parte specifica nel loro sviluppo.

A) *Sinusiti d'origine nasale*, — A parte un caso, tutti gli altri contengono microbi aerobi frequenti nelle cavità nasali: pneumococco, stafilococco, streptococco e pneumo-bacillo, pneumocco solo 1 volta.

Pneumococco solo, 1 volta.

Pneumococco e streptococco, 1 volta.

Pneumococco ed anaerobio, 1 volta.

Pneumococco e pneumo-bacillo, 1 volta.

Streptococco solo, 1 volta.

Stafilococco solo, 1 volta. Così il microbio più frequentemente rinvenuto è il pneumococco, riconosciuto da Fränkel come causa più frequente di suppurazione dei seni. Gli AA. hanno anche studiato le cavità nasali allo stato normale o patologico nel naso normale, come Lermoyez, Wurtz, Saint-Clair Thomson e Stewlett, e Proyet hanno trovato pochi microbi e dei più comuni.

Nella *corizza*, pneumococco, streptococco e stafilococco.

Nell'*ozena*, costantemente pneumo-bacillo, e in due casi di suppurazione del seno come incidente con ozena, pneumococco e streptococco. In un caso solo di *rinite caseosa* hanno trovato microbi anaerobi.

Sembra quindi che nel naso vi sieno, contrariamente a quanto succede nella cavità buccale, pochi microbi aerobici. Tutti questi microbi, trovati nelle sinusiti a pneumococco, streptococco ed anche stafilococco iniettati negli animali da esperimento si sono mostrati virulenti alla dose di $^1/_4$ $^1/_2$ c. c. provocando la morte dell'animale.

Sinusiti d'origine dentaria. — Ecco i bacilli ritrovati:

Bacillus ramosus, 6 volte.

Bacillus prefringers, 6 id.

Bacillus serpens, 5 id.

Bacillus thetoides, fragilis, e staphilococcus parvulus, 1 volta ciascuno gli stessi trovati nella carie e negli ascessi dentarii fetidi.

Le specie aerobiche si sono mostrate poco virulente, molto le anaerobiche, specialmente il bacillus ramosus e il serpens. Pare che queste specie anaerobiche abbiano sull'organismo duplice azione: una infettiva per la setticemia e presenza di germi nel sangue; l'altra tossica provocante il dimagramento e la cachessia dovuta probabilmente alle tossine secrete degli stessi microrganismi.

Gli AA. quindi vengono alle conclusioni seguenti:

1.° Si possono clinicamente e batteriologicamente distinguere due varietà di empiemi dei seni della faccia: una a pus fetido, polimicrobico, con specie sopratutto anaerobiche, consecutiva ad affezioni di origine nasale, e l'altra a pus non fetido, con specie microbiche, pneumococco, streptococco;

2.° L'esame delle cavità buccali e nasali conferma questa maniera di vedere, perchè, mentre nella bocca gli anaerobici pullulono, nel naso non si trovano che in via di eccezione.

3.° Iniettati negli animali, gli aerobici delle sinusiti nasali e gli anaerobici delle sinusiti dentarie, sono sempre apparsi virulenti, sembra dunque che sieno ciascuno per la loro parte causa efficiente della suppurazione sinusale, dando a tali suppurazioni caratteri distinti, pus cremus fetido in un caso, mucopus non fetido nell' altro. (*Archives internationales de Lary. Oto et Rhinologie;* Tome XIII, n. 3, mai-juin 1900). CANTIERI.

3. **Nuovo processo sicuro e rapido per praticare l'apertura totale o parziale delle cavità dell' orecchio medio,** pel dott. Suerez De Mendoza. — L'A. fa notare che si faccia l'operazione totale (antro-adito-atticotomia) e l'operazione di Schwartze (antrotomia), o di Stacke (atticotomia), la maggior parte degli operatori si servono della scorbia. Lo scopo di questo lavoro è quello di dimostrare i vantaggi che offre all'operatore l'uso della sega tubulare mossa dalla vite di Whate col motore elettrico nei diversi interventi mastoidei. Tutti sanno quanto è delicato il momento in cui si deve mettere largamente in comunicazione l'antro coll'attico asportando la parete esterna dell'aditus ad antrum: il timore di ferire il faciale di aprire la fossa cerebrale, di fare una apertura verso il laberinto, fa sì che l'operazione si prolunghi indefinitamente. Coll' istrumento dall' A. inventato, chiamato trapanoprotettore, si fa con sicurezza e celerità l'ablazione della parete esterna dell'aditus ad antrum e dell'attico.

Questo istrumento consta, della combinazione del protettore di Stacke con la sega tubulare, con una modificazione della curva tale che la direzione, la profondità e l'estensione del tratto sieno preventivamente limitati e fissati. (*Archives internationales de Laryngo. Oto et Rhinologie.* Tome XIII, num. 3, mai-juin 1900).

CANTIERI.

4. **Otite media destra, purulenta, cronica con polipo consecutivo. — Ascesso cerebrale ed emiplegia sinistra — Trapanazione della mastoide. — Emicraniotomia temporale, antrettomia. — Guarigione;** pel dott. COSTININ. — I casi di ascesso cerebrale d'origine auricolare,

sono fra le più gravi complicazioni endocraniche, complicanze che, mentre possono essere curate, sono del pari divenute più rare, perchè prevenibili.

Osservazione. — Tale M. Al. C. è visitato dall' A. nel 25 marzo 1900 per una otite, datante da qualche tempo. Individuo di 30 anni. Nessun antecedente ereditario. Ha sofferto di febbri palustri ad 8 anni e a 16 di reumatismo articolare. La malattia si è iniziata con dolori gravi all'orecchio, mal di testa, vertigini e rumori, che si sono dileguati al comparire dello scolo purulento dal condotto. Curandosi, questo scolo cessava per qualche tempo, e allora ricompariva il dolore alla testa; da qualche giorno lo scolo purulento era misto a sangue e esisteva di tanto in tanto dolore alla regione temporo-frontale destra.

Esame del malato. — Pulendo il condotto, si vede che è ostruito da un grosso polipo, rosso violaceo, che sanguina appena toccato. Udito molto diminuito. Nulla alla mastoide, come pure al naso e alla faringe. Mentre il 26 marzo doveva l'A. fare l' asportazione del polipo, trovò il malato coricato, che appena poteva parlare, cogli arti di sinistra senza movimento. Aboliti i riflessi, tranne il patellare: bocca deviata a sinistra; intelligenza integra; temperatura normale. Dolori atroci alla parte destra della regione fronto-temporale, esacerbantesi alla pressione.

Si fa diagnosi di ascesso otitico cerebrale a destra ed emiplegia sinistra.

Intervento chirurgico. — Quantunque la regione temporale fosse indicata come campo operatorio, pure si praticò la trapanazione della mastoide, senza resultato; allora si devenne alla emicraniotomia temporale, e facendo una puntura nella parte inferiore della scissura di Rolando, a livello del lobo temporale si estraggono 110 grammi di pus fetido grigio-verdastro. Si incidono a questo livello le meningi e si applica un drenaggio, e quindi si fascia. Viene medicato ogni giorno; il 26 aprile tolta la medicatura, si trova una raccolta purulenta fra i tegumenti e l'osso, a livello della parte media della incisione fatta per l'emicraniotomia: tali raccolte non comunicano fra loro: si apre la raccolta e si mette un drenaggio, la suppurazione non diminuisce. Allora essendovi sempre il polipo, il 28 aprile si fa l'antrettomia e si asporta il polipo, non si trova pus; ma molte fungosità sulle meningi, che sono tolte: viene medicato regolarmente e il 14 giugno è guarito; egli sente a 5 cent. il tic tac dell'orologio e la voce a 6 metri. Il pus dell'ascesso cerebrale di odor fecaloide contiene innumerabili serie di microbi. L'A. conclude che ogni suppurazione cronica dell'orecchio può essere mortale, come afferma Wilde. Crede che il pus si sia formato a poco a poco e che la propagazione endocranica, sia avvenuta per le venuzze e vasi linfatici. La paralisi è dovuta a compressione a distanza. Caratteristico è che non si sieno rinvenuti i microbi della suppurazione. (*Archiv. Int. de Oto-Rhyno-Laryngologie*; tom. XIII, n. 4, juillet-aout 1900). CANTIERI.

5. **Paralisi della corda vocale sinistra per compressione del ricorrente, consecutiva a dilatazione aortica**; pel dott. M. GROSSARD. — Si tratta di un uomo di 40 anni, che in seguito ad uno sforzo violento vocale, divenne pressochè afono, in seguito la voce migliorò, ma rimase sempre rauco. All'esame laringoscopico, nella emissione della vocale *E*, la corda vocale sinistra rimane nella *posizione cadaverica*, mentre la destra fa sforzi per raggiungerla al di là della linea mediana. L'esame del petto rivela a livello del torace, l'esistenza di una curva pronunziata, sede di pulsazioni visibilissime ed esaminando di lato la testa del paziente, si vede animata da scosse ritmiche segnalate recentemente dal dott. Delpeuch. (*Archiv. inter. de Oto. Rhino. et Laringologie.* Tome XIII, n. 4, juillet-aout 1900).

CANTIERI.

NOTIZIE VARIE

Atti del quarto Congresso della Societá Italiana di Laringologia, di Otologia e di Rinologia. — A suo tempo riferimmo estesamente di questa riunione, che fu tenuta in Roma nei giorni 25, 26 e 27 ottobre 1899. Il volume che contiene le relazioni, le memorie e la discussione relativa è stato pubblicato per cura dei professori Giulio Masini e Giuseppe Gradenigo, e si trova in vendita al prezzo di *lire otto* presso il Tesoriere della Società, dott. F. Egidi, Via di Pietra, n. 70, Roma.

Sesto Congresso Internazionale di otologia di Londra. — Abbiamo ricevuto con piacere una nuova e riveduta edizione del *Descriptive Catalogue of the Museum of the Sixth International otological Congress* compilata da W. Yobson Horn e Arthur H. Cheatle.

Origine parassitaria dei polipi nasali. Nella seduta del 13 novembre 1900 della Accademia di Medicina di Parigi da M. Blancard fu presentata una tesi di M. Seeber, di Buenos-Ayres, il quale descrive un parassita che considera come la causa di certi polipi del naso. Questo parassita è un protozoario della classe degli sporozoari, ma distinto dai coccidi.

Tipografia Calasanziana. — Col 1° gennaio 1901 la *Tipografia Calasanziana* di Firenze verrà trasportata nel R. Istituto Pendola pei sordomuti in Siena, per servire di scuola tipografica agli allievi dell'Istituto stesso.

La *Tipografia Calasanziana*, essendosi provvista di un ricchissimo assortimento di caratteri e del macchinario e materiale corrispondente alle esigenze moderne, è in grado di eseguire ogni genere di stampati sia in libri e pubblicazioni periodiche, come in moduli, partecipazioni ecc.

Per commissioni rivolgersi al nostro valente collaboratore professor Giulio Ferreri, d. s. p., R. Istituto Pendola pei sordomuti, Siena.

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1901 — Tipografia Luigi Niccolai, Via Faenza, 44.

Anno XIX. Firenze, Febbraio 1901. N. 2

BOLLETTINO
delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Di un caso di pericondrite dell'orecchio esterno in un diabetico

pel dott. **EUGENIO MORPURGO** (Trieste).

Carlo L., negoziante, dell'età di anni 70, si presentava nel mio ambulatorio il giorno 14 settembre 1899. Narrava il malato che da 10 giorni risentiva dolore nell'orecchio sinistro e che da tre giorni vi era anche otorrea. Mai in passato aveva sofferto dell' orecchio; molto ebbe invece a patire, alcuni anni or sono, per *eczemi* agli arti inferiori e nell'ultimo anno per *furuncolosi*, non però negli orecchi. All'esame dell'orecchio sinistro: padiglione *normale;* il condotto uditivo esterno a metà del suo percorso occupato da un tumore, che non lascia libera che una stretta fessura semilunare in alto; il tumore stesso, del volume di una piccola ciliegia, è largamente piantato sulle pareti inferiore e antero-posteriore; ha superficie liscia secernente, di colore rosso-bruno; con lo specillo si rileva che ha consistenza pastosa elastica, e detergendo con batuffolo di cotone il canale, si nota che il secreto fluisce largamente per la fessura superiore, cioè che proviene dalla regione mediana al tumore e quindi ascosa all'occhio; premendo sulla faccia esterna del tumore, il secreto fluisce in maggior copia. Il tumore è sensibilissimo alla pressione, duole anche spontaneamente. Il secreto è siero-purulento, misto talvolta a sangue. Il malato mantiene l'asserzione di non avere mai sofferto dal lato dell'orecchio prima dei dieci ultimi giorni. Al

momento dell'esame senza febbre. Udito molto compromesso (orologio = 0, nè meno a contatto; favella afona nè meno in prossimità; diapason DO al vertice, lateralizzato nell'orecchio affetto).

L'orecchio destro nulla offriva di abnorme all'infuori di due piccole esostòsi. Le parti vicine all'orecchio malato nulla presentavano di abnorme, specie assenza di glandole palpabili. Non vi fu sifilide. condizioni generali, ad eccezione di un certo abbattimento riferito alle sofferenze di questi ultimi giorni, tenuto anche conto dell'età, lodevoli.

A questo primo esame era alquanto difficile decidersi a pronunciare una diagnosi certa. Ed invero vari erano i dubbi; si trattava solamente di un processo limitato all'orecchio esterno o esisteva una affezione concomitante della cassa, sottratta allo sguardo? E quale la natura del processo nel condotto uditivo? Il pus proveniva certamente almeno in parte, dal tumore visibile, ma dov'era l'apertura? Mi limitai pertanto a introdurre uno stuello di garza jodoformizzata fra la parete superiore del canale e il tumore, continuando così per alcuni giorni e precisamente fino al 20 settembre. Durante questo lasso di tempo, *malgrado il facile deflusso della secrezione mantenutasi copiosissima, i dolori non diminuirono punto; anzi, si fecero più fieri, nè valsero a sedarli vari topici e poco la morfina per uso interno.* A fine di eruire per quanto possibile lo stato delle parti più profonde, praticai un'incisione della parete esterna (laterale) del tumore, e specillando trovai che l'apertura spontanea, d'onde proveniva il secreto, si trovava sulla parete mediana in basso; con la scorta dello specillo, insinuai il coltellino bottonuto a traverso il taglio fatto e l'apertura fattasi spontaneamente, spaccai il tumore fino in alto, dividendolo in due parti riunite alla base; le pareti della cavità offrivansi di consistenza cartilaginea, ruvide al tatto, e rivestite da granulazioni di colore livido; il secreto non ristagnava: grattai la cavità col cucchiaio tagliente e medicai con garza jodoformica. I dolori continuarono intensissimi, turbando gravemente il riposo notturno. Il malato scadeva manifestamente nello stato generale, perdeva di peso, non appetiva e *solo desiderava di bere, tormentato da sete inestinguibile, sempre senza febbre.* Richiesto un po' più minutamente, narrava che *la sete*, benchè in minor grado esisteva già da *parecchi mesi*, e che era accompagnata da *rilevante poliuria.* L'esame dell'orina (10 ottobre) diede per resultato: *presenza di glucosio nella proporzione di 42 °/₀₀ quantità dell'orina 3 litri e mezzo nelle 24 ore.*

Fu tosto iniziato un severissimo regime dietetico antidiabetico, associato all'uso dell'acqua di Karlsbad. *Non vi fu mai febbre.*

20 ottobre. Dolori negli ultimi giorni diminuiti, secrezione più scarsa, il tumore, che anche dopo il taglio ostruiva il canale, comincia a cedere; glucosio 20 °/₀₀; quantità dell'orina 2 litri e tre quarti; appetito alquanto migliore, però l'ammalato accusa sempre grande debolezza.

6 novembre. Dolori scomparsi, tumore impicciolito, la secrezione

scarsa e francamente purulenta; parti profonde non ancora esatta mente rilevabili alla vista: stato generale come all'ultima annotazione; glucosio 19 $^{0}|_{00}$, quantità dell'orina *litri tre*.

20 novembre. Il malato offre miglior aspetto, dorme e mangia di appetito (dieta sempre severa). Secrezione del tumore minima, però la ristrettezza del canale sempre rilevante; glucosio 15 $^{0}]_{00}$: quantità dell'orina litri 2 $^{1}/_{4}$.

25 novembre. Il malato accusa di nuovo dolori. Il *trago* un po' gonfio e sensibile alla pressione. Impacchi tiepidi con soluzione del Buroro.

30 novembre. Dall' ultima annotazione dolori in aumento, trago sempre più gonfio (una mezza noce), gonfiezza anche della regione preauricolare, cute ricoprente il trago arrossata, all' apice del trago fluttuazione. Con una incisione lungo il margine libero, divido il trago in due segmenti; fuoruscita di pus bene legato; scucchiaiamento della cavità, medicatura con garza jodoformica.

5 decembre. Il primo focolaio pericondritico è ormai guarito lasciando quale postumo una bozza abbastanza rilevante, di notevole resistenza; lo *speculum* più sottile passa appena a traverso lo spazio libero, ma non si riesce a differenziare la membrana timpanica coperta da masse epidermiche. Il focolaio del trago continua a secernere in discreta copia e con lo specillo si trova che la cavità si estende per mezzo centimetro sotto il trago; gonfiezza e dolori molto minori. L'aspetto del malato buono, dolori quasi cessati. Sonno e appetito soddisfacenti. Glucosio 10 $^{0}/_{00}$; quantità dell'orina litri 2 $^{1}|_{4}$.

29 decembre. La cavità del trago si restringe, secrezione scarsa. glucosio 5 $^{0}|_{00}$; quantità dell'orina litri due; sete scomparsa. Stato generale ottimo.

6 gennaio 1900. Condizioni locali e generali lodevoli.

15 gennaio. Focolaio del trago di prossima guarigione. Da ieri nella fossa scafoidea un punto dolente, leggermente arrossato, del diametro di un paio di millimetri. Glucosio 15 $^{0}/_{00}$; quantità dell'orina 3 litri.

Il malato confessa di avere un po' abusato di amilacei negli ultimi giorni.

20 gennaio. Secrezione del trago cessata, ferita rimarginata. Il punto sospetto nella fossa scafoidea si risolve. Glucosio 2 $^{1}/_{2}$ $^{0}/_{00}$; quantità dell'orina due litri. Stato generale ottimo.

5 aprile. Stato generale ottimo. Localmente nessuna nuova manifestazione. Glucosio = 0; quantità dell'orina due litri. La coartazione del condotto uditivo si mantiene, molta epidermide raccolta; il trago di dimensioni normali, offre cicatrice rientrante. Acqua ossigenata per allontanare le masse epidermiche.

5 settembre. Il malato offre aspetto fiorente. Localmente: m. timpanica visibile, ingrossata per iperplasia dello strato esterno; coartazione del canale persistente. Udito: orologio (norm. 50 centim.) a 10 centim.; favella afona (a 50 centim.).

Il Biehl (1) richiama l'attenzione sulla scarsita dei casi pubblicati di *pericondrite auricolare idiopatica.* Habermann (2) e Kirchner (3) accentuano questo fatto, mentre i trattati di otologia non fanno che accennare a questa forma morbosa soffermandovisi brevemente.

Pohl (4) classifica le varie forme della pericondrite dell'orecchio come segue: pericondrite idiopatica o *primitiva,* pericondrite *secondaria* (per trauma, furuncolosi, otite media piogenica, periostite o altri processi infiammatori del condotto uditivo esterno o delle adiacenze di questo); finalmente la pericondrite *tubercolosa*, che vorrebbe distinta per i caratteri peculiari, che offre. — Gradenigo (5) prendendo appiglio da un caso di pericondrite sierosa simmetrica dei due padiglioni dell'orecchio, scrive: « che una tu« mefazione, a contenuto sieroso, del padiglione, impropria« mente designata da molti autori col nome di cisti, può in « effetto attribuirsi: 1.° ad esiti di otematoma (traumatico o « spontaneo); 2.° Ad esito di pericondrite purulenta »; a pericondrite sierosa? Soffermandosi alla seconda forma (purulenta) Gradenigo fa rilevare che si distingue marcatamente dall'ematoma, che è determinata da grave infezione, più spesso per diffusione dell'infezione da foruncoli, con gravi sintomi locali, estensione a tutto il padiglione. Secondo Gradenigo la raccolta marciosa può col tempo farsi sierosa e tale può diventare dopo l'apertura dell'ascesso. — Per lungo tempo il quadro dell'*ematoma* ebbe in otologia predominio tale che qualunque siasi raccolta fluttuante del padiglione a questo veniva riferita. Un altro fatto colpisce ed è che mentre le storie dei casi di ematomi, cisti sierose, e pericondriti ci descrivono con particolarità l'aspetto del padiglione, non si occupano troppo delle alterazioni del condotto uditivo; e pure cribrando le storie pubblicate, Pohl

---

(1) Archiv. f. Ohrenheilk. Volume 43 fasc. 4 p. 245.

(2) Pathol. Anat. des Ohres: Handbuch v. Schwartze, Vol. I.

(3) Die Krankh. der Ohrmuschel und des äusseren Gehörganges ibid.

(4) Drei Fällevon Perichondr. Auric. Inauguraldissertation, Halle 1894.

(5) Archivio ital. di Otologia, ecc. Anno I, fasc. 1.

(l. c.) trovò che sopra 14 casi ben in nove la pericondrite era partita dal canale; fa notare poi che Politzer e Schwartze nei loro trattati accennano alla possibilità di scambiare la pericondrite coi foruncoli del canale, sicchè si deve arguire, che, l'abbiano spesso veduta iniziarsi in questo. Haug (6), che si è occupato più specialmente della *pericondrite tubercolosa*, descrive anche per distinguerla da questa, la forma comune, che secondo lui decorrerebbe con dolori marcati e tumefazione partente dall'apertura del condotto uditivo estendendosi in un tempo, che varia fra tre giorni e parecchie settimane, all'intero padiglione in forma irregolare a *bozze*, lasciando quasi sempre libero il lobulo e determinando talvolta infiltrazioni glandulari e ascessi per discesa del pus. Incise le bozze fluttuanti, ne esce un liquido giallognolo, liquido simile alla sinovia; il pericondrio appare secco e scollato, o è a dirittura distrutto. Quale reperto istologico Haug trovò lo strato subpapillare ingrossato fino a quattro volte la norma per infiltrazione edematosa e parvicellulare e proliferazione delle cellule connettivali; mancava però sempre la necrosi da coagulazione e la formazione di cellule epie-endoteliali; l'ascesso è circondato da un infiltrato sferiparvicellulare, che si demarca dal detrito con una striscia omogenea; il pericondrio quasi completamente distrutto.

Nella forma tubercolosa, oltre che lo sviluppo predominante negli individui aggravati da labe ereditaria e da tubercolosi in attualità, Haug trovò molto costanti le cause traumatiche occasionali, pochi dolori, diffusione equabilmente progrediente o a riprese, col resultato finale di considerevole infiltrazione e ingrossamento; incisi i punti rammolliti (*consistenza pastosa*), vi si trova poca quantità di pus scolorato e male legato e granulazioni giallastre o escrescenze villose; la cartilagine parte riassorbita, parte ruvida o necrotizzata. Se l'apertura avviene spontanea si ha formazione di fistole con granulazioni fungose, e distacco di piccoli frammenti di cartilagine. Mentre nella pericondrite comune la residua deformità non è costante, si trova in-

(6) Arch. für Klin. Chirurgie. Vol. XLIII.

vece quasi sempre nella forma tubercolosa. Il reperto istologico di questa ci offre infiltrazione sferiparvicellulare diffusa, subepidermica e più profondamente aggregati rotondi di cellule sferiche, e altri composti di un mantello periferico molto grosso e fortemente colorato, racchiudente ammassi rotondeggianti di cellule piuttosto grandi, poligonali, schiacciate, di natura endoteliale e con nucleo spesso visibile, le cellule delle pareti vasali in istato di proliferazione; mancano la degenerazione caseosa centrale e le cellule giganti. A differenza dell'infiltrazione glandolare, semplicemente flogistica nella pericondrite comune, si trova nella tubercolosa lo sviluppo tipico di tubercoli con zona periferica di cellule sferiche, endoteliali e giganti.

Abbiamo riportato diffusamente questi dati patologici e istologici del Haug, essendochè egli è tra i pochissimi, forse l'unico, che se ne sia minutamente occupato.

Mentre da quanto siamo venuti esponendo, si vede che gli autori non hanno trascurato il momento eziologico della pericondrite, abbiamo invano cercato nella letteratura casi di *diabete* che avessero presentata quest'affezione. Il Haug (7), si sofferma a lungo sulle malattie dell'orecchio nei diabetici, delle quali principiando da Iordao (8) la letteratura ci offre non poche pubblicazioni, specie negli ultimi decenni (Kirchner, Schwabach, Miot, Wolff, Roser, Frerichs Raynaud, Moos, Kuhn, Körner). Importante è il fatto che Teltscher (9) trovò talvolta nel *cerume dei diabetici* il glucosio. Il Haug stesso (*l. c.*) vide seguire, a una leggiera contusione del padiglione dell'orecchio in un diabetico, estesa distruzione gangrenosa; egli accenna alla frequenza della furuncolosi e del prurito del condotto uditivo e viene alla conclusione che si associa all'opinione del Wolff, cioè che nelle ostinate furuncolosi del meato nelle persone di età media o attempate, è indispensabile la ricerca del glucosio nelle orine, che spesso dà resultato positivo anche quando, all'infuori della affezione auricolare, manca ogni fenomeno diabetico.

(7) Die Krankheiten des Ohres, Vienna e Lipsia, 1893.
(8) Considérations sur un cas de diabète. Paris 1857.
(9) Canstatts Jahrbuch 1849; III, p. 169.

Che il Haug riconosca la importanza della otite media piogenica e della mastoidite nei diabetici è ben naturale, non possiamo però qui sottacere che il Friedrich (10) ed il Blau (11) non si associano all'opinione della frequenza delle alterazioni dell'orecchio esterno nel diabete. Quest'ultimo narra di aver analizzato con diligenza le orine dei malati di furuncolosi e prurito del meato uditivo e di non avere mai trovato il glucosio.

Abbiamo voluto spigolare largamente nella letteratura per offrire al lettore occasione di orientarsi più facilmente nella questione della pericondrite, poi per passare con una certa preparazione all'epicrisi del nostro caso. Anzitutto si trattava in questo di pericondrite? Nel caso affermativo, stava questa in rapporto con un pregresso furuncolo del canale, fatto asserito frequente dagli autori? Stava l'affezione auricolare in nesso col diabete? Il nostro malato aveva bensì sofferto di furuncolosi nell'ultimo anno, ma senza avere mai avuta localizzazione nell'orecchio, nè meno la sensazione di prurito. Il primo focolaio fu da noi osservato dieci giorni dopo l'insorgenza dell'affezione. Nessuno avrebbe certo ravvisato in questa i caratteri di un furuncolo. I dolori violentissimi malgrado l'apertura spontanea e la larghissima artificiale più tardi, la cavità a pareti ruvide con vegetazioni, tutto l'insieme presentava una sindrome insolita; e alcuni giorni dopo la spaccatura praticata, il fatto tanto inatteso, cioè la persistenza dei dolori, mi spinse ad asportare una porzione della parete del tumore per fare l'esame microscopico — esprimo quì i più vivi ringraziamenti all'egregio giovane collega dottor Alfredo Brunner, che cortesemente volle incaricarsene — che diede resultato soddisfacente, avendo stabilita la natura flogistica del processo ed esclusa la maligna, neoplastica, la quale clinicamente non si poteva senz'altro respingere. Ed invero non poteva forse essere pregressa la formazione di un tumoretto passato inosservato, soggiaciuto poscia ad un processo distruttivo? Ma se qualche dubbio avesse potuto

(10) Rhinologie, laryngologie und otologie. Lipsia 1899.
(11) Archiv. f. Ohrenh. XIX, pag. 208.

sussistere, il decorso ulteriore del processo nel primo focolaio e la osservazione del secondo, sviluppatosi sotto i miei occhi, avevano tolta ogni titubanza. All' interesse per la forma morbosa locale era venuta frattanto ad aggiungersi la importantissima scoperta del diabete.

Che questo poi sia stato in rapporto con quella, credo non possa disconoscersi. Il paralellismo nel peggioramento e nel miglioramento, la guarigione con la scomparsa del glucosio, senza estendersi la pericondrite a tutto il padiglione, come la maggior parte degli autori descrive, sono ragioni eloquentissime per ammettere il legame eziologico. Se poi la *pericondrite auricolare diabetica* abbia un quadro clinico particolare è difficile asserire data la mancanza di osservazioni.

Nella mia pratica otoiatrica di ormai 36 anni non ho mai veduto un caso corrispondente al qui esposto; ho veduto ematomi, tumori del padiglione con contenuto sieroso viscido, flemmoni; tutti però in numero limitatissimo e in nessuno i caratteri osservati nel caso presente. A completare il quadro non mancò nemmeno la deformità tanto accentuata dagli autori, che da Chimani (12) in poi si sono occupati delle affezioni della cartilagine dell'orecchio esterno. Che al buon esito abbia contribuito il generoso uso del coltello non si potrà revocare in dubbio.

RASSEGNE

1. L'Otoematoma in generale. — Caso di ematoma spontaneo del padiglione con cura radicale; pel dott. Jowcheray. — L'A. incomincia dal dire che questo capitolo di patologia speciale è ancora poco conosciuto; quantunque abbozzato da Ippocrate: fu recentemente studiato da Politzer, Virchow, Gellé, Hartmann, Schwartze, Jacobson, Kuhere, Clarerie, Gudden, Wilde, Olivier, Picqué e altri.

Nozioni anatomiche e fisiologiche. — Particolare del padiglione dell'orecchio è di essere nella costituzione solido ed avere dei vasi delicatissimi.

Definizione. — Ad litteram l'otoematoma è lo stravaso sanguigno

(12) Archiv. f. Ohrenh. Vol. II, p. 169.

di tutto l'orecchio, ma comunemente è sinonimo di ematoma del padiglione, o ematocele del padiglione: stravaso sanguigno fra la cartilagine e la pelle, o fra la cartilagine e il pericondrio.

Sede. — Ordinariamente occupa soltanto la faccia esterna o anteriore; luogo d'elezione è la fossetta dell'antelice, detta scafoide, o naviculare, di là può invadere la conca ed ostruire il meato.

Frequenza. — È raro, tranne nei manicomi — più frequente nell'uomo, che nella donna — fra i 30 e 60 anni; più spesso a sinistra; raramente bilaterale.

Etiologia. — Più frequente negli alienati, degenerati nervosi. Quantunque si citino cause differenti, pure bisogna sempre supporre una perturbazione profonda nella nutrizione dei vasi e dei tessuti. L'otoematoma può essere spontaneo, traumatico, e misto.

Sintomi (subiettivi). — Mancano o quasi. Dolore poco, i rumori si hanno nel traumatico voluminoso, che ostruisce la conca.

Sintomi (obiettivi). — Tumore del volume di una nocciola o di una noce, varia dal rosso fosco, al bleu: fluttuante sul principio diviene più resistente: il contenuto è un liquido sanguinolento. La diagnosi è facile e la prognosi fausta.

Cura. — Alcuni consigliano l'astenzione, ma le cicatrici sono più brutte. Si è consigliato l'iodo, compresse risolutive e massaggio; compressione, iniezioni di vino aromatico e di iodo, la legatura e la puntura.

L'A. consiglia nei casi recenti di fare l'aspirazione e l'applicazione di una medicatura compressiva; negli altri incidere, evacuare accuratamente il contenuto e fasciare. Riporta il caso di un otoematoma spontaneo del padiglione sinistro abbastanza voluminoso, nel quale fece l' incisione e lo svuotamento con resultato favorevole. (*Archives Internationales de Oto-Rhino-Laryngologie;* Tome XIII n. 4, Juillet-Aout 1900). CANTIERI.

2. **Cura della otorrea in riva al mare**; pel dott. DE CHAMPEAUX — L'A. avendo letto la comunicazione del dott. Pierre sulla cura della otorrea in riva al mare, crede, che abbia troppo generalizzato sui resultati ottenuti, i quali, secondo il di lui parere, sono dovuti alla valentia del pratico solamente.

L'A. non conosce Berck-sur-Mer, ma dal punto di vista auricolare, ritiene in modo assoluto, come il prof. Moure, che, le affezioni dell'orecchio non ritraggano alcun vantaggio dal soggiorno al mare e in riva alle spiaggie della Manica e dell'Oceano, ed anzi crede, che gli otorroici guariscano più presto non dimorando in riva al mare; tanto è vero, che ha sempre creduto di riformare un marinaio affetto da scolo dall'orecchio e in un articolo pubblicato or sono tre anni, negli *Archivi di medicina navale*, l'A. ha posto come principio: la *professione del marinaio non convenire affatto alle persone affette da malattie dell'orecchio.* L'influenza nociva della riva del mare è dovuta alle brusche variazioni della temperatura e alla umidità: condizioni che variano a seconda del luogo.

L'influenza benevola dei venti marittimi, l'A. crede che debba accettarsi con riserva; di fatti i marinai affetti da malattie naso-faringee ed auricolari non migliorano in alto mare, al contrario. L'A. cita fatti comprovanti il suo asserto e dichiara, che proibisce agli otorroici guariti di prendere bagni prima di un anno almeno e di tenere i piedi nell'acqua per delle ore, come è abitudine nei pescatori. Invece prescrive lavaggi del naso, con acqua di mare, in miscela con acqua fredda e bollita. Quanto alle otiti muco-purulente l'A. le ha sempre guarite con lavaggi frequenti di acqua bollita con 15-20 gocce di essenza di terebentina per litro. L'A. conclude, dicendo che non si deveno mai mandare gli otorroici in riva al mare e tanto meno consigliar loro un viaggio per mare. (*Archives Internationales de Oto-Rhino-Laryngologie.* Tome XIII, n. 4, juillet-août 1900).

CANTIERI.

3. **Della paralisi facciale nel decorso del catarro acuto dell' orecchio medio;** pel Dott. LOUIS BAR. — È notorio come le alterazioni dell'orecchio sieno una delle cause più frequenti della paralisi del facialè tanto che Deleau e Roche esagerando poterono sostenere essere questa la causa unica. L'A. riferisce le seguenti osservazioni.

Osservazione I. — Bambina di 9 anni, sana costituzione, di genitori sani però con stigmate isteriche. Nel febbraio in seguito a grippe, avverte dolori all'orecchio con congestione del timpano a destra: in seguito a cura opportuna tutto si dilegua: dopo qualche giorno nuova congestione, nel decorso della quale si hanno accenni di paralisi faciale, all'esame si ha timpano sano, leggermente convesso si procede alla paracentesi del timpano con fuoruscita di pus dall'orecchio medio e all'indomani i fenomeni paretici sono scomparsi.

Osservazione II. — M. H. di anni 8, di salute delicata e stata affetta nel decorso inverno da otite media con mastoidite sinistra, della quale guarì in estate.

In inverno di quest'anno, nuova congestione grippale otitica a sinistra, che si complica con fenomeni di paralisi periferica. Punzione del timpano fuoriuscita di pus dall'orecchio medio e all'indomani scomparsa di ogni fenomeno di paralisi.

Osservazione III. — Signora D. artritica, è affetta da corizza mucopurulenta, seguita da otite media a destra con otorrea: e 4 giorni dopo paralisi faciale completa. Essendovi tumefazione della mastoide e molta dolorabilità si procede alla trapanazione dell'apofisi con svuotamento — dopo qualche giorno scomparsa dei fenomeni paralitici.

L'A. nota, come la produzione della paralisi faciale sia concomitante allo sviluppo della flogosi acuta dell'orecchio medio, come la paralisi faciale sia d'origine centrale e periferica, e come sia inutile ogni intervento in quelle di origine centrale. Rammenta pure di non aver riscontrato neppure nella III osservazione, in cui la paralisi era completa, la paralisi del velo pendulo il che lo spinge ad ammettere, insieme a Lermoyez, come questo sia innervato dal vago

spinale e non dal faciale: ricorda pure come allo stato della patologia si debba in casi del genere ricorrere all'intervento, onde non perdere un tempo prezioso.

(*Extrait des Bulletins et Memoires de la Societé française d'Otologie, Rhinologie et Laryngologie.* Congrès de 1900). CANTIERI.

4. **Per alcuni dettagli anatomici riguardanti l'etiologia della mastoidite di Bezold;** per il Prof. A. A. G. GUYE — L'A. nella sua comunicazione al Congresso internazionale di Parigi rammenta, che si comprendono sotto la denominazione di mastoidite quei casi, in cui il pus attraversa spontaneamente la parete inferiore ed interna di questa apofisi e si infiltra lungo le guaine muscolari o vascolari del collo dando origine ad ascessi cervicali e retrofaringei. Come avviene tale infiltrazione egli si domanda, attraverso la parete interna dell'apofisi, o attraverso la parete esterna della porzione inferiore? Si è provocate una carie localizzata della parete ossea, oppure ha avuto luogo per orifici già preesistenti? Riporta le statistiche di Kirchner, di Kiesselebach e di Bolk e mostra un esemplare interessantissimo costituito da un temporale, nel quale non solamente la fessura petrosquamosa preesisteva in tutta la sua estensione, ma nel quale la parte petrosa e la squamosa si sono sviluppate separatamente, quindi l'apofisi mostoidea era divisa in due sezioni distinte, squamosa e petrosa, contenenti ciascuna cellule separate da un duplice setto.

Esemplare, che per una irregolarità di sviluppo ci rivela la fessura petro-squamosa al suo stato di perfezione.

L'A. non è certo che questa fessura abbia parte importante nel momento etiologico della mastoidite di Bezold. A conferma di ciò presenta un esemplare di un suo operato e guarito di cui ecco la storia riassuntiva.

M. M., di 48 anni, affetto da scolo purulento dall'orecchio sinistro da 6 settimane e da mastoidite con tumefazione dell'apofisi e della fossa retro-mascellare.

Fu subito operato, mettendo a nudo il più possibile la punta dell'apofisi e non trovando pus, si praticò l'apertura dell'antro si evacuò molto pus e granulazioni. Decorso post operatorio buono fino al 10° giorno: dopo tumefazione di nuovo della fossa retro mascellare — 2° intervento; collo scalpello fu asportata la parte esterna dell'apofisi e fu asportata pure la parte interna dove l'A. credeva trovare una larga perforazione. Nell'esemplare presentato si vede da un lato una cellula aperta e alla faccia esterna due piccoli orifici vascolari, che appena lasciano passare un pelo di spazzola, comunicanti colla cellula aperta: il che dimostra ad evidenza, che per questi piccoli orifici il pus era passato per formare l'ascesso nella fossa retromascellare, da dove si sarebbe infiltrato nelle guaine muscolari e vascolari se non ne fosse stato arrestato il processo. La ferita è guarita facilissimamente ed il malato è ristabilito con udito normale.

(*Communication au Congrés international de Médicine.* Paris 1900).
CANTIERI.

5. **Teoria della formazione delle vocali**; pel dott. MARAGE — Il pregevole lavoro dell'A. comprende le parti:

1.° *Disposizione dell'apparecchio vocale;*

2.° *Teorie di Helmoltz, Hermann e Guillemin;*

3.° *Esperienze con il metodo grafico;*

4.° *Sintesi delle vocali, teoria della loro formazione;*

5.° *Accordo di questa teoria con la disposizione anatomica della laringe e dell'orecchio;*

6.° *Applicazioni.*

I. L'apparecchio vocale in definitivo si compone essenzialmente di un condotto che permette l'ingresso dell'aria in modo intermittente, attraverso a dei risonatori.

II. L'A. espone dettagliatamente le teorie di Helmholtz, Hermann e Guillemin.

III. Espone pure le esperienze col metodo grafico descrivendone gli apparecchi, e viene alle seguenti conclusioni, soppresse le cause d'errore che sono dovute alle differenti specie di apparecchi:

1.° Che ciascuna vocale ha per una data nota un medesimo tracciato;

2.° Questo tracciato è costituito da una curva periodica continua, il numero dei periodi in 1 secondo forma la nota laringea, la forma del periodo caratterizza la vocale;

3.° Nella stessa vocale, il periodo cambia colla nota; quando questa è vicina alle note ordinarie sulle quali si parla, il periodo varia poco, non è lo stesso se la vocale è cantata su note gravi od acute: il periodo scompare poco a poco e non si ritrova altro che la nota laringea;

4.° Per la stessa vocale parlata su una certa nota, il miglior tracciato è evidentemente il più semplice, purchè riproduca la vocale.

Fa seguire l'A. l'esperienze di sintesi e conclude che: le vocali sono dovute ad una vibrazione aereo-laringea intermittente, rinforzata dalla cavità buccale producente le vocali a, e, i, o, u, quindi questa si mette all'unisono colla somma delle vibrazioni, trasformate da essa, e dando origine alle altre vocali, quando questa non esiste, il numero delle intermittenze dà la nota fondamentale sulla quale la vocale è emessa.

Se la cavità buccale funziona da sola, si ha la vocale bisbigliata.

Se la laringe funziona da sola, si ha la vocale cantata.

Se i due apparecchi funzionano insieme si ha la vocale parlata. Descrive poi gli apparecchi vocale ed auditivo, e viene alle seguenti applicazioni:

1.° Si potrebbero modificare le sirene delle navi, avendo dei segnali differenti che potrebbero permettere un alfabeto internazionale;

2.° Si potrebbe costruire un *acumetro tipo* con una sirena costruita in determinate condizioni;

3.° I *cornetti acustici ordinari* affaticano l'orecchio perchè mo-

dificano gli aggruppamenti che l'orecchio è destinato normalmente a ricevere;

4.° Secondo Lefort, si può cantare, qualunque vocale su qualunque nota compresa nel registro della voce, purchè si emetta bene la vocale, cioè si dia alla cavità buccale la forma voluta;

5.° I *sordo-muti* al principio della loro educazione, pronunziano ciascuna vocale su una nota differente: e ciò tiene solo alla maniera colla quale s'insegnano a parlare;

6.° Accade spesso che si è affetti da *afonia improvvisa*, senza apparente lesione, salvo un po' di rossore a livello della regione interaritnoidea; e questo si spiega, rammentando che i muscoli interaritnoidei sono adduttori, per conseguenza, l'adduzione facendosi male, la fonazione non si produce più.

7.° Vi sono pure altre applicazioni mediche che non hanno ragione su questo lavoro (*Archiv. Inter. de Lary-Oto-Rhinologie;* tom. XIII, n. 4, juillet-août 1900). CANTIERI.

6. **Sensazione del movimento o rotazione illusoria inversa;** pel dottor STANISLAS VON STEIN. — Tutti conoscono, dice l'A., il seguente fatto: se, nella posizione verticale, ad occhi chiusi, si è sottomessi ad un movimento rotatorio verso destra, o verso sinistra, e si arresta all'improvviso il movimento si ha la sensazione del movimento in senso inverso. Kinié per il primo studiò questo fenomeno e March istituì delle esperienze che l'A. ha nuovamente fatte venendo alle seguenti conclusioni:

1.° Le sensazioni illusorie inverse cominciano nell'uomo normale subito dopo la sensazione del movimento. Nei malati, possono essere normali o manifestarsi dopo alcuni secondi, secondo la gravità del caso, fino alla scomparsa di queste sensazioni;

2.° L'intensità della sensazione inversa è in ragione diretta della durata e della forza della centrifugazione nel sano, mentre avviene il contrario nel malato in alcuni casi;

3.° La durata della sensazione inversa varia secondo le differenti posizioni della testa e del corpo: è più corta nella posizione verticale della testa, di 5-10 secondi nel sano, mentre in alcuni malati si prolunga fino a 50 secondi e più ancora;

4.° La durata della sensazione inversa varia proporzionalmente alla durata di rotazione, ma non si prolunga indefinitamente nei casi normali. Qualunque sia la durata della rotazione, la sensazione non persiste più di 30-40 secondi, dopo cessato il movimento nel sano;

5.° La sensazione inversa avvertita da un sano sottomesso successivamente alla traslazione nelle due differenti direzioni è più intensa, e perciò è bene fare delle pause durante l'esame;

6.° Le sensazioni inverse, avvertite ad occhi chiusi, cessano appena aperti gli occhi, quantunque non si abbia vertigine;

7.° Nei casi clinici, la sensazione inversa può completamente mancare, malgrado la presenza o l'assenza di vertigini, o disturbo

nel movimento degli occhi. Ciò prova che la sensazione inversa ha una sede particolare.

Nella maggioranza dei casi, nell'indebolimento o nella mancanza delle sensazioni inverse, si osserva quasi sempre il disordine o la mancanza del movimento degli occhi. In ogni caso l'eliminazione delle sensazioni illusorie inverse è sintoma di una affezione profonda del laberinto. (*Archives Intern. de Lary. Oto. et Rhinologie.* Tome XIII, n. 4, juillet-août 1900). CANTIERI.

7. **Sulla paralisi faciale nell'otite media acuta**; pel dott. E. RIMINI. — L'A. illustra in questo scritto due casi osservati nell'Ambulatorio della Terza Divisione, diretta dal dott. E. Germaning, dello Spedale Civico di Trieste, facendo notare che, mentre è piuttosto frequente la paralisi del VII nel corso delle otiti medie purulente croniche, è rara nelle forme acute.

Trattando della etiologia, ricorda i rapporti del faciale colla cassa del timpano, trattenendosi a parlare della deiescenza esistente frequentemente nel canale falloppiano, deiescenza che, quando esiste pone il nervo faciale a contatto con una porzione della muccosa che riveste la parete interna della cassa timpanica. A proposito di questa deiescenza, l'A. ta notare che Schvalbe, contrariamente all'opinione di molti che essa sia da attribuirsi ad un arresto di sviluppo, egli crede debba attribuirsi ad un processo di riassorbimento. Conferma questa ipotesi il fatto che tale deiescenza si osserva più di frequente negli adulti che nei neonati e bambini.

Nei casi di otite media acuta nei quali si produce la paralisi del faciale, questa si risolve sollecitamente dopo eseguita la paracentesi della membrana del timpano. V. G.

8. **Dell'aumento numerico dei denti ed in particolare di una donna con 36 e di un uomo con 38 denti**; per il dott. G. D'AJUTOLO. — Si tratta di una comunicazione fatta dall'A. alla R. Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, nella quale, prendendo argomento dalla osservazione di un fanciullo di 12 anni con quinta dentizione parziale, il D'Ajutolo stesso aveva intrattenuto l'illustre Consesso sopra questo stesso argomento nell'aprile 1893.

Nella presente comunicazione l'A., giovandosi di alcune osservazioni personali e di altre che gli sono state favorite, tratta di un fenomeno affine al primo, rappresentato dall'aumento numerico dei denti, cioè della presenza in uno stesso soggetto di un numero di denti maggiore dell'ordinario. L'aumento era di 20 decidui per un bambino, e di 32 permanenti per un adulto.

Questa comunicazione, che può interessare indirettamente anche il laringologo, è corredata di numerose notizie storiche e bibliografiche sopra la dentizione (*Estr. dagli Atti della R. Accademia delle Scienze; ecc. Bologna, Tip. Gamberini, 1900*). V. G.

9. **Polipi dermoidi della faringe**; pel dott. V. TEXIER. — Si tratta di un fatto molto raro osservato in una bambina di tre mesi: la ci-

ste era molto peduncolata e durante gli accessi della tosse veniva propulsa dalla bocca, come fu osservato dalla madre, che per la prima si avvide della esistenza dello strano neoplasma faringeo.

L'A. di questa nota tratta completamente l'argomento e dice che si conoscono nella letteratura solo 18 casi di cisti dermoidi della faringe.

La piccola paziente fu liberata dal tumore colla applicazione di un'ansa fredda alla base del peduncolo. (*La Presse Médicale*, 19 dicembre 1900, Paris). V. G.

10. **La tubercolosi delle prime vie respiratorie in rapporto all'igiene scolastica.** — Considerazioni sulla profilassi e la terapia, per il professore Gherardo Ferreri (*Archivio Italiano di otologia, rinologia e laringologia*, fondato dai Professori E. De Rossi e G. Gradenigo).

Queste pagine sono un cumulo di preziosi insegnamenti igienico-sociali, sui quali dovrebbero seriamente riflettere tutti gli amministratori dei nostri comuni. L' argomento non è nuovo, ma è sviluppato dall'A. con una tale chiarezza, e poggiato su tali dati di fatto, da renderlo oltre ogni dire persuasivo; e questo è lo scopo altamente lodevole, al quale mira l'A., il quale non sa comprendere come dopo tante sollecitazioni teoriche si possa ancora permettere che nella grandissima maggioranza delle nostre scuole *il solo argomento di disinfezione sia una scopa, nemmeno tutti i giorni impugnata dal bidello.* Dopo aver fatto notare con l' igienisti ed i filantropi di tutti i paesi, e sui dati recenti di Sanarelli, Löffler ecc., che contro la tubercolosi ci si può e ci si deve premunire, dal momento che essa tende anche ad accrescere le sue vittime, e che la scuola senza l' igiene è certamente una delle cause principali di questa diffusione; egli si propone con la maggior forza del suo spirito di richiamare il pensiero di tutti su quell'ambiente, dove migliaia di vite giovani devono permanere tante ore della giornata respirando un'aria certamente pessima, per poi farsi propagatrici del male nelle famiglie stesse e nelle città.

E qui dopo avere esaurientemente spiegato con la scorta di tutti gl' igienisti come mai quell'aria debba essere certamente infetta, e dopo avere per suo conto condannato il sistema della ginnastica pedestre fatta nelle scuole stesse, che non produce altro che un maggiore sollevamento di polvere, non sa ristare dal muovere quelle solite raccomandazioni intese a portare nelle scuole quel progresso salutare che oggi da tutti è vivamente reclamato, ma da pochi disgraziatamente attuato. *L'Abba* di Torino ha sperimentalmente provato che la luce ed il sole finiscono col distruggere i bacilli della tubercolosi; già si sa che i lavaggi disinfettanti dei pavimenti sono utilissimi e necessarissimi, ma producono umidità; ebbene date ai locali scolastici molta aria e molta luce, ripete l'A., ed il problema famoso sarà risolto; *invece Roma, ha quasi tutte le scuole nei vecchi locali da cui non si saprebbe trarre alcun utile, od in ampi caseggiati nuovi fatti dalla più avida speculazione, veri alveari umani in cui la luce ed il sole penetrano di contrabbando!*

Il Belgio fino dal 1846 aveva istituito la metodica sorveglianza delle scuole, ed ora non v'è nazione civile che non abbia seguito l'esempio. Il Ministero della pubblica istruzione in Italia non mancò di emanare a suo tempo un regolamento; ma quanti Municipii lo fanno rispettare ed attuare?

Ma lasciando l'argomentazione generica ormai da tanti altri esaminata, l'A. intende di mettere in rilievo quel lato della questione che a lui sembra dai più trascurato. Tutti si occupano, dice, dei scolari, e perchè nessuno dei maestri? Anche il Prof. A. Celli sembra dimenticarli nella sua notissima pubblicazione! Eppure è dai maestri che spesse volte viene propagata la tubercolosi che essi spesso acquistano specialmente a causa del *surmenage*, l'eccessiva fatica dell'organo della voce, e secondo Posthumus Meyes, per la difettosa respirazione costale, per l'abuso dei toni acuti, e la voce gutturale.

Eugenio S. Yonge in settanta istitutrici di Manchester, infatti, riscontrò 35 volte lesioni della laringe e 30 volte della faringe; l'A. di 65 maestre trovò che 20 presentavano lesioni delle prime vie respiratorie di natura tubercolare, o che almeno erano accompagnate da presenza di bacilli di Koch! Di fronte a questi dati, avvalorati anche da altri dati statistici, l'A. muove quelle considerazioni igienico-sociali cui sopra accennava e che ciascheduno immagina. Se gli scolari hanno da essere tutelati, hanno da essere tutelati, egli dice, anche i maestri, cui spesso la lotta per l'esistenza spinge a fare scempio della vita già compromessa e minacciata dalla fatica e sovente dalle ristrettezze finanziarie.

I maestri pure hanno da essere ben esaminati alle prime tossicolose avvisaglie, e informati del male nel loro interesse, e tenuti lontani dalla scuola. Ora si dice, e lo dichiarava il Massei in una conferenza nel 1895, che « *la diagnosi della tubercolosi laringea oscilla entro i limiti di una estrema facilità e quelli di difficoltà talora insormontabili* ». Anche il reperto positivo microscopico dei bacilli di Koch non da l'assoluta certezza perchè possono essere avventizi. Ma ciò non monta.

Quando il dubbio è abbastanza fondato, quando si trovano bacilli, almeno per un anno i maestri dovrebbero esser tenuti lontani dalla scuola, ed essere obbligati a curarsi. Una volta guariti, come è possibile, essi doventerebbero i più entusiasti e fidi propagatori del verbo igienico. In quanto alla cura della tubercolosi laringea l'A. condanna in genere quella che tende a corrodere a cruentare od altrimenti troppo irritare i tessuti. Fatta la più scrupolosa antisepsi, e consigliati i migliori gargarismi. e fatta l'anestesia con soluzione di olocaina è meglio introdurre nella glottide un tampone inzuppato nella soluzione satura di iodoformio nell'etere solforico, che all'A sembra rendere i migliori servigi.

Il fenolsulforicinato, l'etekresolo, il mentolo, l'acido lattico, il cloruro di zinco ecc. sono tutti di minore efficacia. L'ipernutrizione, il riposo dell'organo, ecc. ecc. saranno tutti buoni coefficienti di

cura. La sieroterapia e la cura con l'igazolo danno per ora poco a sperare. Dott. R. MONTELUCCI. (Rignano sull'Arno).

11. **Meningite cerebro-spinale da otite**; per il dott. LUBET BARBON. L'A. riferisce l'osservazione di una ragazza di 16 anni che fu presa improvvisamente da dolori acuti alle orecchie con febbre alta, mentre 4 giorni prima aveva risentito una trafittura al lato sinistro ed una goccia di sangue era uscita dal condotto auditivo: fatto a cui non si era dato importanza di sorta. La malata era coricata colle mani alle orecchie e si lagnava; vi era fotofobia, eccitazione grave, conoscenza integra, nistagmo. Timpani arrossati solo a livello del manico del martello: sul rimanente vi era colorito bianco grigiastro, scomparsa dal triangolo luminoso. Praticata la paracentesi, si ebbe una goccia di pus a destra, e piccolo getto sanguigno a sinistra: pensò l'A. che la fuoriuscita di pus avverrebbe in seguito e quindi sarebbe abbassata la temperatura. Nulla di ciò: soltanto il condotto auditivo si riempì di sangue, e sulla membrana, nel punto della paracentesi, apparve un coagulo fibrinoso, che si distaccava assai facilmente e rimanevano i dolori acuti, la febbre alta e la fotofobia, a cui si era aggiunta la paralisi del lato esterno dell'occhio sinistro. L'A. pensò allora di praticare la puntura lombare onde esaminare il liquido cefalo-rachidiano, e fatta questa, si ebbe l'uscita di 3-4 c. c. di un liquido quasi chiaro filante. All'esame microscopico si rivelò la presenza di globuli bianchi e diplococchi capsulati. La seminazione per mezzo di culture e l'inoculazione mostrarono di avere a che fare con un'affezione pneumococcica di natura estremamente infettiva. La malata, malgrado ogni cura, dovette soccombere. Ecco un caso di affezione generale pneumococcica in cui l'orecchio è stato la porta d'ingresso dell'agente patogeno della meningite cerebro-spinale. (*Archiv. int. de Rhino. Oto. et Laryngologie;* tome XIII, n. 4, juillet-août 1900). CANTIERI.

12. **Die Compensation von Geruchsempfindungen** (La compensazione delle sensazioni olfattive); per il dott. H. ZWAARDEMAKER. Accennato alla teoria di Heymann, che ammette che una sensazione perde d'intensità se arriva contemporaneamente ad un'altra di guisa che, p. e. il limite di percezione di un colore viene elevato dalla contemporanea eccitazione di altri colori, il limite della percezione gustativa dalla contemporanea presenza di altri gusti, etc., l'A. riconosce che questi fenomeni di inibizione psichica si concatenano con i noti fenomeni descritti sotto il nome di tensione e compensazione. Perciò volle sottomettere a prova le idee di Heymann servendosi dell'olfattometria. Già W. A. Nagel aveva trovato combinazioni che press' a poco si compensano, producendo una miscela quasi inodora. Lo stesso fu notato per riguardo al senso del gusto e, nel campo della sensibilità, per il caldo ed il freddo.

Per applicare la teoria di Heymann all'olfattometria devonsi vincere alcune difficoltà tecniche, specialmente quelle riferentesi alla costruzione dello strumento, alla pulizia, al modo di aspirazione, al

modo di protocollare la temperatura della stanza. Bisogna inoltre che la via percorsa dall'aria aspirata abbia nei due olfattometri posti l'un di fianco all'altro la stessa lunghezza; che per il calcolo delle olfattie si usino i tubetti correttori. Così pure ha importanza il tempo che corre tra lo scovrimento del cilindro e l'osservazione, come ne ha anche il tempo di reazione. Occorre inoltre tener conto della stanchezza del senso, che arriva più o meno presto per i differenti odori: d'onde il precetto di lavorare su organi riposati e di poggiarsi, per la determinazione dei risultati, solo sulle prime aspirazioni che seguono alle pause di riposo.

Vediamo qualcuno dei risultati ottenuti.

Combinando gli odori di bisolfuro d'etile 1:100,000 e di cumarina 1:100,000, ambi in soluzione di paraffina, si ottiene: *a*) che la combinazione di $^1/_2$ ad 1 olfattia dalle due parti non provoca nel tubo a *T* del doppio olfattometro alcuna sensazione; *b*) la combinazione di 1 $^1/_2$ olfattia di entrambi provoca una sensazione debolissima, indeterminata; *c*) la combinazione di 2-2 $^1/_2$ fino a 20 olfattie di ambi gli odori produce tenzone.

Lo stesso l'A. ottenne combinando scatolo e cumarina, oppure acido capronico e bisolfuro d'etile, oppure eucaliptolo (1:1000) e bisolfuro di etile (1:100,000).

Ottenne quindi sempre *compensazione completa* combinando deboli eccitamenti; a volte combinandone degli intensi. Da ciò l'A. ne deduce dover questa essere la regola. Il limite di transizione rimane, però, a differente altezza; talora non si raggiunge.

Da queste ricerche risulta all'evidenza che degli irritamenti puramente olfattivi possono indebolirsi mutualmente.

Occorre ancora mettere bene in rilievo che nella tenzone ognuno degli irritamenti sperimentati, se è lasciato agire immediatamente dopo l'esperimento, provoca una sensazione molto più intensa che nel momento della lotta.

Bisogna figurarsi, quindi, che irritamenti che si trovarono essere particolarmente forti, si neutralizzano, per contro, quasi completamente se usati nel medesimo tempo, e si percepisce solo di essi il piccolo resto rimasto incompensato.

Ciò sta all'unisono colle idee di Heymann, poichè ciò che si chiama la sensazione risultante dalla lotta non sarebbe che il *limite elevato* del succitato A. BOBONE (San Remo).

13. « **Qualitative Geruchsmecsung** » **nach gemeinsctraflich mit C. Reuter angestellten Versuchen**; (« Olfattometria qualitativa » secondo ricerche istituite in unione con C. Reuter); per il dott. H. ZWAARDEMAKER. — L'autore riconosce anzitutto che col metodo di olfattometria prima adoperato dovendo servirsi di materiali greggi, invece che di sostanze ridotte sinteticamente pure, rimaneva qualcosa da desiderare. Negli ultimi anni si occupò di riparare a questo inconveniente.

Per le nuove ricerche Zwaardemaker e Reuter si servirono bensì

dei vecchi cilindri a magazzino che riempivano con soluzioni in paraffina o glicerina, modificando però gli apparati in modo da renderli più maneggevoli ottenendo, dopo ripetuti tentativi, la disposizione seguente:

Un cilindro poroso di porcellana si imbeve con una soluzione paraffinosa di una sostanza odorante chimicamente pura. Il cilindro si mette dopo dentro un altro metallico, grande in modo che tra i due resti ancora spazio per circa 35 centimetri cubici della soluzione, di modo che il cilindro poroso si trova continuamente a contatto di essa e può esserne di nuovo imbevuto nel caso che, durante lo esperimento, qualche poco di sostanza odorante o di soluzione venga a perdersi. Ma la modificazione più essenziale è quella che riguarda la montatura dell'olfattometro. Infatti mentre prima cilindro e tubo interno si muovevano uno sull'altro in un piano orizzontale, oggi sono disposti in un piano verticale, od inclinato più o meno in avanti. Ciò dà il vantaggio che il cilindro interno non dev'essere piegato per addattarlo all'organo dell'olfatto, e, perciò, resta più facile a pulire: inoltre tutto l'apparecchio può trovare sufficiente appoggio su di un piede.

Le regole per far funzionare l'apparecchio son le già note: aspirazione lenta, introduzione del tubetto olfattorio in modo che il soggetto odori solo colla parte anteriore dell'orificio nasale, ecc.

Per l'esatta misura qualitativa del senso olfattorio gli autori si son serviti di 5 cilindri a magazzino sopra descritti collocati tutti sull'istesso piedistallo. A fine di evitare ogni eventuale disperdimento della soluzione (ad es. a causa di forti cambiamenti di temperatura) ogni cilindro è circondato da un margine metallico alto mezzo centimetro. Dentro ad esso si mette uno strato sottile di ovatta digrassata che si cuopre con una lamella metallica perforata. Con ciò è reso impossibile che una goccia di paraffina si versi sul piedistallo comune.

I cinque cilindri hanno, secondo le determinazioni fatte dall' A. e dal dott. Reuter, i valori seguenti, in olfattie.

1. Cil. a vanilina 1:1000 Glicerina, 10 Cm. = 35 Olfattie
2. Cil. a scatolo, 1:1000 Paraffina, 10 Cm. = 100 Olfattie
3. Cil. a bisolfuro di etile 1:10000 Paraffina, 10 Cm = 5500 Olfattie
4. Cil. a nitrobenzolo 1:20 Paraffina, 10 Cm = 14000 Olfattie
5. Cil. a borneolo, 1:100 soluz. di salicilato di sodio, 10 Cm = ad un numero di Olfattie molto elevato, fin'ora non ancora determinato.

Questi valori furono determinati in base a comparazioni con olfattometri di potenza olfattoria nota. Per i primi due cilindri poterono servire degli individui normali; per gli altri degli individui affetti da anosmie di grado elevato. BOBONE (San Remo).

14. Cancro epiteliale primitivo del seno mascellare; pel dott. LICHTWITZ. — Riporta l'A. l'osservazione seguente:

M. X., 81 anno, si presenta all'A. il 1° marzo 1898 per uno scolo fetido dalla narice sinistra, che data da 15 giorni. Individuo di buo-

na salute. Si constata nella regione della fossa canina sinistra un piccolo gonfiore, indolente, a pelle integra: nella regione sotto-mascellare corrispondente si avverte un ganglio del volume di una piccola mandorla. Nel naso un polipo nel meato medio sinistro. Il lavaggio esploratore dell'antro dà uscita a pus sanioso e di fetidità speciale. Alcuni giorni dopo per mezzo di una fistola del margine alveolare si penetra nel seno mascellare e coll'aiuto di uno specillo si constata che il seno é pieno di masse molli, di cui se ne asportano frammenti. Frammenti del polipo esaminati dimostrano che si tratta di cancro epiteliale del tipo carcinoma. Non essendo per l'età del malato consentito un intervento, la morte avviene alla fine del mese di ottobre.

L'A. non crede, che sarebbe stato possibile un atto operativo, anche in un giovane; poichè appena un neoplasma maligno del seno mascellare si manifesta, vi è quasi sempre la metastasi dei gangli, che renderebbe l'operazione inutile. (*Archiv. Inter. de Oto-Rhino et Laryngologie;* tome XIII, n. 4, Juillet-Août 1900. CANTIERI.

15. **Caso di applicazione dei raggi X per l'esplorazione delle fosse nasali e dei seni;** pel dott. MIGNON. — L'A. presenta un malato di 20 anni, il quale un mese prima si era tirato un colpo di revolver a livello della parte anteriore della fossa temporale destra dove si vedono ancora una cista al punto di ingresso.

Ebbe sintomi cerebrali, epistassi lieve, senza disturbi oculari dopo pochi giorni tutto si dileguò. Nonostante l'A. praticò l'esame. Nelle fosse nasali niente, la diafanoscopia mostrò i seni normali. Notò una macchia scura a livello dell'antro di Higmoro: e basandosi sulla intensità di questa macchia e di non esservi alcunchè di anormale nella fossa canina, l'A. pensò che la palla fosse nel seno mascellare sinistro, adagiata sulla parete inferiore e la radiografia pare confermasse tale opinione.

Essa permette di vedere sul vivo, le differenti parti delle fosse nasali. I seni sono rappresentati da chiazze chiare, come pure il seno sfenoidale, che non sempre è visibile: si vedono pure i margini anteriori ed inferiori dell'etmoide, i cornetti ossei e la faringe nasale rappresentata da uno spazio chiaro.

L'A. crede che l'endoscopia di Bouchacourt unita alla stereopia, possano rendere segnalati servigi. (*Archives Internationales de Oto-Rhino et Laryngologie ;* tom. XIII, n. 4, Juillet-Août 1900).

CANTIERI.

16. **Tonsillotomia e infezione;** nella *Gazzetta degli Ospedali,* n. 128, (anno 1900) abbiamo letto il sunto di un articolo avente questo titolo, che ci piace in parte riportare con qualche annotazione.

Furono di recente, eseguite delle ricerche dall' Harmer, assistente del prof. Chiari, di Vienna, sulla patina che copre (qualche volta) le tonsille amputate col tonsillatomo. Si può asserire, scrive l' A., che la patina tonsillare è il prodotto dell' azione di parecchi bacteri, fra i quali lo stafilococco e lo streptococco piogene. Essi si

riscontrano costantemente su tale patina ed in quantità enormemente grande. Oltre a ciò la membrana flogistica resulta da un processo infiammatorio, che mette in scena leucociti, fibrina, e parti necrotiche della superfice lesa.

Queste necrosi si riscontrarono in prevalenza quando la flogosi era molto intensa, cioè più di quando non si tratta di pure e semplici lesioni di continuo.

Abitualmente tali batteri sono ospiti della bocca e delle tonsille senza riuscire ad essere patogeni, nè a determinare infiammazioni, perchè non sono capaci di sorpassare l'epitelio di protezione. Ma appena avviene una soluzione di continuo, essi oltrepassano la barriera e divengono generatori di flogosi, o in tutto, od in parte.

Nella patina che copriva la superfice di taglio della tonsilla, e che qualche volta prende l'aspetto di una membrana, l'A. non ha mai osservato i veri bacilli della difterite. Spesso però vide altri bacilli, simili a quelli difterici. Sebbene la produzione di questa patina sia da considerarsi come un fatto innocuo, pure è bene di astenersi dal praticare la tonsillotomia durante una epidemia di difterite.

***

Noi avevamo osservato già da molti anni questo fatto, ed una volta dopo eseguita una tonsillotomia in una bambina, che era cliente del prof. Celoni, di Firenze, il quale assistè pure alla operazione, le ferite tonsillari si coprirono di uno strato bianco denso, membranaceo e di tale aspetto da far nascere il dubbio che si trattasse di essudato di natura difterica. Ma gli esami fatti e l'andamento clinico esclusero che avessimo che fare colla difterite.

Quel caso però ci fece usare alcune precauzioni che ci hanno immensamente giovato per evitare la formazione di quella patina, che dà tanta molestia specialmente alle mamme dei piccoli operati di tonsillotomia. Oltre una rigorosa sterilizzazione dei tonsillotomi, facciamo sciacquare e polverizzare la bocca dei pazienti *prima* e *dopo* la tonsillotomia con questa soluzione:

Timolo puro	grammi	0,05
Acido salicilico	«	0,10
Alcool.	«	10,00
Acqua distillata e ster. . . .	«	90,00

V. GRAZZI.

CORRISPONDENZA

A proposito della origine parassitaria dei polipi nasali.

Carissimo Amico,

Nel tuo Bollettino, numero di gennaio 1901, tra le *notizie varie*, vi è quella sull'*origine parassitaria dei polipi nasali*, che il dott. Seeber, di Buenos Aires, in una sua tesi, attribuirebbe ad un protozoario

della classe degli sporozoari, ma distinto dai coccidi, come fu poi comunicato nella seduta del 13 novembre 1900 all'Accademia di Medicina di Parigi, per mezzo del Blancard.

Ora io tengo a ricordare ai tuoi lettori che l'*etiologia parassitaria di tali neoplasie* è stata da me sostenuta per la prima volta nella *Nota preventiva sui blastomiceti nelle ipertrofie comuni della mucosa dei cornetti nasali* (Supplemento al Policlinico, Roma 1897). La nota incomincia con le seguenti parole: « Già da tempo nella scuola ho espresso il convincimento che alla pronta degenerazione mixomatosa della schneideriana, prima superficiale e poi profonda, dovesse concorrere qualche agente microbico ».

In questa nota accennavo come in base a tale mia convinzione mi fossi accinto da un lato a ricerche istologiche su tali iperplasie degenerative, e dall'altro a ricerche batteriologiche nei tessuti stessi colle colorazioni specifiche, e come avessi ottenuto risultati sempre negativi per gli elementi batterici, mentre coi metodi specifici di colorazione per i *blastomiceti* indicati da Sanfelice e da altri, *ottenni sempre risultati positivi.*

Anche al Congresso di Medicina interna di Napoli, Ottobre 1897, comunicai tali ricerche isto-batteriologiche alle quali dissi che m'ero accinto « per potermi spiegare perchè ogni iperplasia della mucosa dei cornetti si accompagna a degenerazione mixomatosa, colloide, ecc., e perchè i *mixomi nasali si moltiplicano facilmente e s' incontrano sempre in entrambe le fosse*, quando la terapia efficace non interviene a tempo » (1).

Simili ricerche isto-batteriologiche fece in seguito il mio aiuto dott. Oliviero Barrago-Ciarella, sui *polipi mucosi nasali* che diedero argomento ad un lavoro pubblicato nell'Archiv. f. Laryngologie di B. Fränkel (Bd. X, Hf. 3, 1900) col titolo: *Ueber den nicht seltenen Befund von Blastomyceten bei Schleimpolypen der Nase*, illustrando esso con un'annessa tavola cromolitografata di 15 figure il reperto positivo di queste forme, da Sanfelice e dalla sua scuola ritenute per blastomiceti.

Ti sarò grato se vorrai accogliere nel tuo giornale queste poche righe tendenti a ricordare che tali osservazioni sulla possibile etiologia parassitaria delle degenerazioni mixomatose e dei mixomi, o polipi nasali, precedono quelle del dott. Seeber.

Ringraziandoti vivamente, mi dico sempre

Tuo aff.mo
Prof. Vincenzo Cozzolino.

Napoli, 15 gennaio, 1901.

---

(1) Atti del Congresso, pag. 99 — Roma, 1898.

NOTIZIE VARIE

Inaugurazione del monumento al prof. Charles Delstanche. — Cortesemente invitati ad assistere a questa solennità nella quale si rendeva un meritato omaggio alla memoria del compianto collega, non potendo intervenire personalmente, pregammo il dottor E. Coosemans di rappresentarci, e dalla sua cortese premura ricevemmo queste notizie.

« Le 20 Janvier 1901 a eu lieu à l'Hôpital St. Jean de Bruxelles, l'installation solennelle du buste, érigé par souscription, à la mémoire de nôtre trés-regretté Maître, le docteur Charles Delstanche.

« Déjà avant l'heure fixée pour la cérémonie, une assistance, excessivement nombreuse, se pressait dans la salle des consultations otologiques et débordait dans les couloirs avoisinants. Outre la famille du défunt, on remarquait la présence des membres du Conseil des Hospices, de l'Académie, de l'Université, etc. et du corps médical, belge et étrangers. Ceux de ces derniers, que l'éloignement ou les circostances empêchaient d'assister à la cérémonie, avaient envoyé de longs télégrammes des plus flatteurs pour la mémoire du cher mort, ou bien, comme le professeur Grazzi, avaient prié un confrère belge de les représenter spécialement.

« Le buste était entouré de fleurs et d'arbustes: il représente, de la manière la plus heureuse, les traits si sympathiques du regretté maître; il est dû au ciseau du sculpteur De Rudder, qui a été vivement félicité de cette belle œuvre. Devant le buste, sur une table étaient rangés les instruments si nombreux et si ingénieux inventés par le docteur Delstanche et qui sont aujord'hui pour la plupart entre les mains des otologistes du monde entier.

« De nombreux discours ont été prononcés, notamment par le doct. Capart, au nom du Comité d'organisation de la cérémonie; par le doct. Ménière de Paris, au nom des confrères étrangers; par le doct. Coosemans, au nom des anciens assistants et élèves du maître; par le doct. Delsaux, son successeur au service des Consultations otologiques; par le doct. Gevaert, au nom de la Société belge d'oto-laringologie, etc. etc. Tous les orateurs ont été unanimes à louer la haute valeur intellectuelle de Delstanche, ses qualités de praticiens émérite, son génie inventif et par dessus tout, les nobles sentiments de son coeur; la fidélité de son amitié, la bonté sa générosité, sa modestie.

« Belle et impressionnante cérémonie, qui a fait couler bien des larmes comme dernièr hommage à la memoire du cher maître, que la mort cruelle a ravi trop tôt à notre respect et à notre affection ».

Bruxelles, le 21, Janvier, 1901. Dr. Coosemans.

Congratulazioni. — Il dott. Temistocle Della Vedova conseguiva *per titoli* la *Libera Docenza* in Oto-rino-laringologia presso la R. Università di Genova: presentiamo all'ottimo amico le nostre sincere congratulazioni.

Associazione nazionale della stampa sanitaria. — Nell'adunanza generale dell'Associazione tenuta a Bologna nel decembre u. d. gli intervenuti nominavano ad unanimità il Direttore di questo periodico Consigliere della ricordata Associazione.

La Direzione sente il dovere di ringraziare gli Autori che si degnarono inviarle in dono le seguenti pubblicazioni:

Abate Dr. C. — *Faringiti Vicarianti.* — (Catania; Tip. Universale, 1900).

Ballance A. Charles M. S. — *The conduct of the mastoid operation for the cure of chronic purulent otorrhea.* — (Estratto dal Medico-Chirurgical transations Vol. 83, London 1900).

Bar Dr. Louis. — *De la Paralysie faciale au cours du catarrhe aigu de l'oreille moyenne.* — (Estratto dai Bullettini e Memorie De la Societè francaise d'Otologie etc.; Paris Octave Doin, Editeur 1900).

Borgoni Dr. C. — *Brevi note cliniche* — (Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche; Anno XXIII; Napoli 1900).

Botey Dr. Ricard. — *De l'importance du pole supérieur de l'amygdale et de la fossette supra-tonsillaire comme cause des péri-amygdalites phegmoneuses. Extirpation complète de la moitié supérieure de cet organe comme unique traitement préventif efficace.* — (Estratto dagli Annales des maladies de l'oreille, ecc.; Paris).

Idem. — *La mastoiditis de Bezold* — (Estratto dagli Archivos Latinos de Rinologia, ecc., 106 e 108; 1900).

Bryan I. H. M. D. — *Chronic abscess of the frontal ethmoidal, and sphenoidal sinuses, followed by meningitis and death.* — (Estratto dal New York medical Journal for Jannary 20; 1900).

Bullettin de la Société Belge d'Otologie de Laryngologie et de Rhinologie. — (Cinquième année; Bruxelles 1900).

Cozzolino Dr. Prof. Vincenzo. — *Ueber cinen fall von Pseudoactinomykose der äusseren Ohrgegend von einem neuen Fadenbacterium hervorgerufen.* — (Archiv. fur Ohrenheilkunde).

De Roaldes dr. and King. — *Tenth annual report of the Eye, Earn Nose and Throat Hospital of New Orleans; Jaunary.* 1899.

D'Ajutolo dott. Giovanni. — *Dell'aumento numerico dei denti, ed in particolare di una donna con 36 e di un uomo con 38 denti.* (Bologna, Tip. Gamberini e Parmeggiani, 1900).

De Rossi prof. Emilio. — *L'esame dell'udito nei ferrovieri.* (Palermo; Tip. I. Mirto, 1900).

Fournier dott. Eugène. — *Hygiène et disinfection — Procédé de désinfection par la Formacétone et outillage nécessaire à son application.* (Paris, Nouvelle Imprimerie, 1900).

Garel dott. J. — *Le chancre syphilitique intra-nasal.* (Estr. dal *Lyon Médical*, N.° du 5 août 1900).

Idem. — *Les sinusitées aiguës maxillaires et frontales pendant l'épidémie de grippe de l'hiver 1899-1900.* (Estr. dai Bullettini e Memorie de la Société française d'otologie, ecc.; Paris, Octave Doin, Editeur, 1900). (*Continua*)

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1901 — Tipografia Luigi Niccolai, Via Faenza, 44.

Anno XIX. **Firenze, Marzo 1901.** **N. 3.**

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Clinica pediatrica di Firenze diretta dal prof. G. Mya

Un caso di stenosi tracheale secondaria alla tracheotomia
guarito colla intubazione

NOTA CLINICA

DEL

Dott. Carlo Comba, 1° Assistente e Libero docente di pediatria.

È oramai ammesso dalla grande maggioranza degli autori, che l'intubazione laringea in molti casi può sostituire con vantaggio la tracheotomia nella cura delle stenosi acute delle prime vie respiratorie, specialmente quando queste sono dovute alla difterite. Ciò risulta, fra le altre, anche dalle statistiche della Clinica pediatrica di Firenze, nella quale l'intubazione viene praticata già da alcuni anni con risultati soddisfacenti (1).

Ma non solo la intubazione può agevolare a sostituire la tracheotomia; essa può altresì essere utilmente praticata collo scopo di correggere e guarire alcune stenosi

(1) *Comba* e *Simonetti.* Cura delle laringostenosi acute nei bambini. Statistica e considerazioni pratiche (*La Pediatria*, n. 3-4, 1899).

croniche della trachea, che talvolta si osservano in seguito alla tracheotomia stessa e rendono impossibile l'ablazione definitiva della cannula. Non intendo in questa breve nota di trattare diffusamente delle cause, che ostacolano il decannulamento dopo la tracheotomia; mi limiterò soltanto a ricordarne alcune, che dovrò poi invocare per la spiegazione della patogenesi della stenosi tracheale nel caso, che è oggetto di questa pubblicazione.

Secondo il *Fleiner* (1) le cause delle stenosi tracheali negli individui che hanno subito la tracheotomia si possono ridurre alle seguenti:

1) *Esuberanza del tessuto di granulazione della ferita*, la quale può essere provocata dal processo difterico, da lesioni estese della mucosa durante l'atto operativo, o da cannule male scelte o costruite difettosamente. Per la presenza stessa di questo rigoglioso tessuto di granulazione può derivare, come è facile comprendere, una stenosi: se poi le granulazioni non si riassorbono spontaneamente o si mostrano ribelli alla terapia, si organizzano in tessuto connettivo cicatriziale, ne risulta la formazione di una cicatrice, la quale retraendosi viene a restringere il lume della trachea al disopra o al disotto della ferita.

2) *Processi infiammatorii acuti o cronici della mucosa della trachea e della laringe*, come sarebbero la difterite prolungata e recidivante, la cordite inferiore.

3) *Diminuzione della resistenza elastica delle cartilagini della trachea*, la quale dipende da un rammollimento patologico o da un taglio troppo esteso delle cartilagini stesse. Da queste due circostanze risulta un avvicinamento, una depressione delle pareti della trachea durante la inspirazione.

4) *Deformazione degli anelli tagliati*, prodotta essenzialmente dall'uso di una cannula troppo grossa, in rapporto con una incisione della trachea troppo piccola e laterale.

Sopra questo ultimo fattore ha insistito pure il *Bo-*

---

(1) *Fleiner*. Ueber die Enstehung der Luftröhrenverengerungen bei tracheotomirten Kindern (*Virchow's Archiv*, 1889, Bd. 116, Heft. 1).

dea (1), il quale in un certo numero di casi raccolti nella letteratura e nella sua pratica personale trovò, che la principale difficoltà al decannullamento definitivo si riscontra frequentemente in una depressione della parete anteriore della trachea nella parte superiore al taglio. Come conseguenza di questa depressione si ha la formazione di una valvola rivolta in basso e posteriormente, la quale, mentre colla sua distensione durante la inspirazione permette il passaggio dell'aria dalla laringe nelle vie respiratorie sottostanti, sollevandosi nella espirazione ostacola seriamente questa seconda fase dell'atto del respiro.

Tale stenosi a valvola (Ventilstenose) secondo il *Bodea* sarebbe dovuta non solo all'uso di una cannula troppo grossa in rapporto col taglio della trachea, ma altresì, e principalmente, alla forma di alcune di queste cannule.

L'A. si occupa diffusamente della sintomatologia della stenosi a valvola, ed asserisce che essa può essere diagnosticata con sicurezza in un bambino, che respira e parla chiaramente colla cannula tappata e che è colto immediatamente da dispnea con carattere espiratorio, appena tolta la cannula. La diagnosi viene pure stabilita dal fatto che una sonda, introdotta dalla parte della ferita, urta nell'angolo superiore di questa contro un ostacolo, mentre passa liberamente, o quasi, se introdotta dalla laringe. In quanto al metodo di cura razionale di tale stenosi il *Bodea* propone l'intubazione, che gli ha dato ottimi risultati. È facile comprendere come col tubo introdotto in laringe e lasciato in sito per un certo tempo venga portata in avanti la parete depressa della trachea e si riesca così a ristabilire la canalizzazione perfetta del dotto aereo.

Ciò premesso riferisco senz'altro la storia del caso che ho potuto studiare.

B. M. di anni 5, di Prato. *Anamnesi*. La bambina si ammalò di difterite faringea e laringea nei primi giorni del settembre 1899 e presentò presto dei sintomi di ste-

(1) *Bodea*. Ventilstenose, enstanden durch Einbuchtung der vorderen Trachealwand oberhalb der Canule nach der Tracheotomie wegen Diphtherie. Ihr Verhaltniss zur Intubation und Serumtherapie (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1898, Bd. XLVI, H. 3 u. 4).

nosi tali da richiedere un intervento operativo (tracheotomia inferiore), che fu eseguito dal medico curante. Dai dati anamnestici fornitimi da questo egregio collega risulta, che il taglio della trachea fu piccolo tanto da permettere l'introduzione di una cannula di media grandezza. Le pseudomembrane difteriche erano diffuse a tutta la trachea ed erano grosse ed abbondanti, poichè nei primi giorni dopo l'operazione minacciarono più volte di asfissiare la bambina occludendo l'estremità inferiore della cannula. La ferita delle parti molli si ricoprì presto di essudato fibrinoso fortemente aderente, ed un paio di giorni dopo l' operazione i margini della trachea, circoscriventi il foro di ingresso della cannula, vennero usurati dal processo difterico, che fu gravissimo. Al posto del canale tracheale si vedeva una superficie granuleggiante, che in alto ed in basso si continuava colla trachea. Fu per questo fatto, che la cannula dovette rimanere in posto per un tempo più lungo del consueto. Guarito il processo infiammatorio acuto, il medico curante tentò più volte di togliere definitivamente la cannula, ma non vi riuscì perchè la bambina era colta da violenti accessi di soffocazione subito dopo il decannulamento. Esisteva afonia completa.

Il curante allora fece diagnosi di una stenosi della trachea, situata al disopra della ferita e procedette ad una dilatazione graduale dal basso all' alto mediante sonde metalliche. In seguito a questo trattamento la voce ritornò chiara e la bambina poteva parlare tappandosi l' apertura esterna della cannula: tuttavia riuscirono sempre vani i tentativi di decannulamento definitivo.

Il 2 aprile 1890, cioè 7 mesi dopo l'operazione, la bambina, per consiglio del prof. Mya che la vide in consulto, fu portata nella nostra Clinica perchè fosse stabilita una diagnosi esatta della causa dell'ostacolo al decannulamento e fosse quindi attuata una cura conveniente.

Durante il periodo acuto della difterite la bambina fu sottoposta a ripetute iniezioni di siero antidifterico, ed eccettuata una lieve albuminuria, non presentò complicanze degne di nota oltre a quella locale già segnalata.

Stato presente e decorso. — 2 Aprile. Bambina abba-

stanza bene nutrita. Niente di notevole da parte degli organi toracici ed addominali. La voce è chiara e la bambina si fa intendere a distanza tappandosi colle dita l'apertura esterna della cannula.

Tolta la cannula si trova, che questa occupava una fistola, la quale fa comunicare la trachea colla superficie anteriore del collo. Esplorata la trachea dalla parte della ferita, si nota che nel suo segmento inferiore essa è perfettamente permeabile: invece nella porzione superiore l'estremità della sonda esploratrice urta subito contro un ostacolo, che ne impedisce la progressione verso la laringe. Si può oltrepassare tale ostacolo solo col mandrino di una piccola cannula tracheale.

L'esplorazione dovette essere fatta con rapidità in quanto che la bambina, privata della cannula, respirava malissimo.

5-7 Aprile. Allargo la ferita delle parti molli e faccio una dilatazione progressiva della parte superiore della trachea mediante sonde metalliche di varia grossezza.

9 Aprile. Tolgo la cannula, ma dopo 14 ore sono costretto a rimetterla, perchè la bambina è presa da violenti accessi di soffocazione.

11 Aprile. Completo l'esame della paziente tentando l'intubazione. I tubi n. 3 e 4 della scala O' Dwyer entrano liberamente in laringe, ma si fermano colla loro estremità inferiore all'angolo superiore della ferita della trachea, che non riescono ad oltrepassare.

Quanto avevamo fin qui rilevato ci permetteva senz'altro di stabilire la diagnosi di una stenosi della trachea localizzata nella parte superiore della ferita da tracheotomia. Riguardo alla natura della stenosi ritenemmo, che questa fosse dovuta ad una depressione della parete anteriore della trachea, originatasi fin dai primi giorni consecutivi all'atto operativo, per la compressione della parte convessa della cannula sugli anelli cartilaginei, i quali dovevano avere perduto in parte la loro elasticità in seguito al profondo processo di infiammazione di cui furono sede la trachea ed i margini della ferita. Ma non si poteva ammettere in questo caso la semplice stenosi a valvola, quale

fu descritta dal Bodea, in quanto che la parete depressa era stirata e fissata posteriormente e non si lasciava distendere dal tubo introdotto in laringe. La retrazione permanente della parete anteriore era dovuta evidentemente al tessuto di cicatrice, formatosi dalle esuberanti granulazioni, che erano succedute alla infiammazione della ferita pochi giorni dopo l'operazione.

Stabilita così la diagnosi pensammo alla cura e ci proponemmo di tentare prima una dilatazione graduale del restringimento per la via della ferita, per ricorrere poi, in caso d'insuccesso, alla dilatazione per la via laringea previo sbrigliamento del punto ristretto.

Non potemmo cominciare la cura propostaci prima della fine di aprile, perchè il 17 di questo mese la bambina si ammalò di una leggiera angina difterica, che peraltro guarì rapidamente colla cura specifica, senza dar luogo ad alcuna complicanza. (1)

1-20 Maggio. Dilatazioni ripetute del restringimento mediante sonde metalliche introdotte dalla ferita tracheale. La bambina rimane 9-11-14-22 ore senza la cannula, che si è però costretti a rimettere per causa degli accessi di soffocazione.

Visto lo scarso resultato ottenuto mediante questo metodo di cura, si stabilisce di ricorrere al secondo, che ho già enunciato. Il 20 maggio sotto la cloronarcosi prolungo il taglio delle parti molli verso l'alto per circa 2 cm., escido i margini fibrosi della fistola e, giunto sulla trachea, la incido in alto per circa $^1/_2$ cm. Praticata allora l'intubazione laringea ottengo facilmente il passaggio del n° 4 O'Dwyer, il quale oltrepassa colla sua estremità l'angolo inferiore della ferita. Lascio il tubo in posto proponendomi di fare cicatrizzare sopra di esso la ferita della trachea e delle parti molli, colla speranza di potere giun-

(1) La bambina al momento del suo ingresso nella Clinica (2 aprile) aveva ricevuto una iniezione di siero Behring n° 0 (200 U. I.) a scopo profilattico. Di questo e di altri casi ho trattato in una precedente pubblicazione « *Considerazioni sopra alcuni casi di recidiva di difterite* (Rivista critica di clinica medica, 1900, n. 20).

gere in tal modo a guarire la bambina. E la nostra aspettazione non fu delusa.

23 Maggio. Dopo 72 ore dalla prima intubazione tolgo il tubo. La bambina respira bene mentre è desta: invece durante il sonno si nota una discreta depressione inspiratoria della ferita.

24 Maggio. La bambina è rimasta 25 ore senza tubo. Seconda intubazione di ore 45,30.

26 Maggio. Estubazione. La bambina rimane 35 ore senza tubo.

27. Maggio Verso sera terza intubazione per 13 ore.

28. Maggio. Estubazione. La bambina poi rimane 35 ore senza tubo.

29 Maggio. La bambina respira discretamente bene senza tubo. La ferita della trachea è quasi completamente chiusa. Durante la notte nel sonno il respiro si compie irregolarmente, non per stenosi della trachea, ma perchè la bambina, come ho potuto constatare io stesso per varie sere di seguito, spesso fa due o tre inspirazioni a glottide chiusa, seguite poi dalla apertura della glottide e da una profonda inspirazione. Durante lo stato di veglia non si osservò *mai* tale irregolarità nella funzione del respiro. Ritornerò su questo fatto interessante e cercherò di interpretarlo. Verso sera quarta intubazione per 14 ore.

30 Maggio. Estubazione alla mattina. La bambina rimane senza tubo per 33 ore. La ferita della trachea è chiusa.

31 Maggio. Quinta intubazione per 14 ore nelle ore notturne. Il n. 4 O' Dwyer incontra una lieve difficoltà nel passaggio a livello della cicatrice tracheale, che sta formandosi.

1 Giugno. Estubazione. La bambina è lasciata 48 ore senza tubo. Durante la veglia respira benissimo; ma nel sonno continua a respirare irregolarmente facendo molte inspirazioni a glottide chiusa.

3 Giugno. Sesta intubazione per 24 ore.

4 Giugno. Estubazione. La bambina rimane 97 ore senza tubo.

8 Giugno. Settima intubazione per 11 ore. Il tubo

verso sera viene espulso e la bambina ne rimane priva per 45 ore.

10 Giugno. Ottava intubazione per 17 ore nelle ore notturne.

11 Giugno. Estubazione. Dopo questo giorno la bambina respira benissimo quando è desta, si alza, passeggia e sale le scale senza dispnea. Soltanto durante la notte presenta un lievissimo tiraggio e compie ancora delle inspirazioni a glottide chiusa. La ferita delle parti molli è quasi completamente cicatrizzata.

La bambina rimane senza tubo per 9 giorni.

20 Giugno. (1 mese dopo l'operazione). Si esplora la trachea col n. 4 O' Dwyer, il quale passa senza difficoltà. Si prova allora ad introdurre il n. 5 il quale pure passa bene, incontrando solo un lievissimo ostacolo, facilmente superato, in corrispondenza della cicatrice della trachea. Collo scopo di dilatare ancora questa cicatrice lascio il tubo in posto per 15 ore.

21 Giugno. Estubazione.

La bambina è licenziata 8 giorni dopo, il 29 Giugno, perfettamente guarita (1). Soltanto durante il sonno essa fa ancora qualche inspirazione a glottide chiusa.

La rividi due mesi dopo, verso la fine di agosto, e da quanto mi riferirono i parenti e da quello che constatai posso assicurare, che la stenosi della trachea non si era riprodotta.

La storia, che ho riportato in modo abbastanza particolareggiato per la maggiore chiarezza del caso, non ha bisogno di molti commenti. Volendo riassumere in breve spazio quanto fu esposto dirò, che nella bambina, che fu oggetto del nostro studio, si manifestò dopo la tracheotomia una stenosi della trachea localizzata alla parte superiore della ferita. Tale stenosi era dovuta ad una depressione della parete anteriore della trachea, mantenuta fissa da briglie cicatriziali derivanti dall'organizzazione dell'ab-

---

(1) Essa fu presentata ai soci dell'Accademia medico-fisica fiorentina nella seduta del 27 Giugno 1900.

bondante tessuto di granulazione, che aveva ricoperto la ferita pochi giorni dopo l'operazione. Il restringimento, ribelle alla dilatazione praticata dalla parte della ferita, fu invece vinto rapidamente ed in modo permanente mediante l'incisione dell'anello stenotico e la intubazione laringotracheale.

Ed ora, prima di terminare, poche parole riguardo alla paresi dei muscoli abduttori delle corde vocali, che la bambina presentò per vari giorni durante il sonno. Dirò anzitutto che questa sintomatologia non è nuova, poichè venne osservata fino dal 1878 dal *Gehrardt* (1) in bambini tracheotomizzati e fu poi rilevata anche da altri, come il *Galatti* (2), il quale ne descrive un caso in una monografia.

Come dobbiamo interpretare questa paresi intermittente dei muscoli crico-aritnoidei posteriori? Dobbiamo metterla in rapporto diretto colla infezione difterica, sofferta dalla nostra bambina? A questo proposito devo prima di tutto fare notare, che una paralisi post-difterica dei crico-aritnoidei posteriori, stando a quanto riferiscono gli autori che si occuparono recentemente della difterite (3), finora non sarebbe stata mai osservata. Inoltre vi sono altri argomenti più forti, che stanno contro all'ipotesi di una paralisi post-difterica. Se questa realmente esistesse dovrebbe essere messa in rapporto soltanto colla seconda infezione a cui andò soggetta la bambina il 17 aprile e non colla prima, che si era spenta già da 7 mesi circa. La seconda infezione di difterite fu molto benigna e venne curata subito con iniezioni ripetute di siero antidifterico, dimodochè tutto si ridusse ad una limitata manifestazione locale, accompagnata da un lieve movimento febbrile e da nessun altro sintoma di risentimento generale. Ora non è certamente in queste forme leggiere di difterite che siamo abi-

---

(1) *Gehrardt.* Stimmbandlähmung (*Handbuch der Kinderkrankeiten III Band.* 1878 p. 327).

(2) *Galatti.* Ueber Narbenstricturen nach Intubation (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde* N. F. Bd XLII p. 353).

(3) Vedi *Baginsky*, Diphtherie und diphtheritischer Croup. (Wien. 1898, pagina 315).

tuati ad osservare le paralisi post-difteriche: queste, stando anche alla esperienza oramai abbastanza lunga che abbiamo potuto fare nella nostra clinica, si manifestano quando la forma locale è molto estesa e, quello che più conta, quando durante la malattia compaiono sintomi di lesioni tossiche di organi importanti, come il rene ed il miocardio. Dunque anche l'esperienza clinica sta contro all'ipotesi di una paralisi post-difterica, la quale poi spiegherebbe male il fatto che la bambina poteva respirare benissimo durante la veglia, mentre cominciava a presentare sintomi di paralisi degli abduttori delle corde vocali soltanto durante il sonno.

Scartata così l' ipotesi di una paralisi post-difterica, credo che sia piuttosto accettabile un'altra interpretazione, quella enunciata dal Gehrardt.

Questo A. ammette che nei bambini tracheotomizzati e portatori da molto tempo della cannula, essendo inutile che la glottide rimanga aperta, poichè l'aria viene introdotta nella trachea direttamente dall'esterno, si viene a perdere l'abitudine dell' innervazione destinata a tenere aperta la glottide stessa. Tale abitudine non è però completamente disimparata, perchè durante lo stato di veglia, allorquando l'attenzione dell' individuo si può fissare maggiormente sopra il modo col quale si compie la sua respirazione, i muscoli dilatatori della glottide funzionano regolarmente, mentre che durante il sonno, cioè quando la funzione del respiro non subisce più l' influenza della volontà, i muscoli crico-aritnoidei posteriori, non più abituati a contrarsi si rilasciano e chiudono la glottide.

Questa mi pare che sia la interpretazione più plausibile, che si può accettare anche nel nostro caso. Così ci spieghiamo perchè la bambina durante il sonno faceva frequentemente delle ispirazioni a glottide chiusa.

Fra i mezzi di cura di queste laringostenosi paralitiche dei tracheotomizzati, il Gehrardt propone la dilatazione meccanica della glottide. Questa fu attuata nel nostro caso colla intubazione laringea, la quale così raggiunse un doppio scopo, cioè la contemporanea guarigione della stenosi tracheale e della paresi funzionale dei muscoli abduttori delle corde vocali.

RASSEGNE

1. **Ueber willkürliche bewegungen des Trommelfells**; (I movimenti volontari del timpano); pel dott. A. G. Guye (Amsterdam). — L'ammalato di cui parla G. è un ufficiale della marina da guerra, ed ha 35 anni. In seguito ad esercitazioni di tiro ebbe otorrea, che durò due settimane, e restò sordastro. Quando G. lo esaminò, le due membrane timpaniche, pressochè normali si muovevano normalmente sotto l'esperimento di Valsava. Durante la cura il paziente partecipò al medico curante di essere in grado di muovere volontariamente i due timpani, specialmente il sinistro. G. infatti constatò, nel segmento posteriore del timpano, una parte che il paziente metteva volontariamente in movimento. G. non riesce a spiegarsi il fenomeno: forse, dopo la cessazione dell'otorrea sofferta, rimasero delle irregolarità, che fanno si che la contrazione del tensore eserciti la sua azione maggiormente su quella parte del timpano. G. non trova casi simili nella letteratura. Nel suo malato i movimenti suaccennati sono indipendenti dalla respirazione. Il suo caso, sarebbe, quindi, unico, se un fratello del paziente che, del resto non soffre d'alcuna malattia d'orecchi, non presentasse, in forma più limitata però, la stessa particolarità. (*Società Neerlandese di oto-rino-laringologia;* ottava riunione, giugno, 1900). Bobone (Sanremo).

2. **Beitrag zur conservativen Bahandlung der chronischen Otorrhoe**; pel dott. P. I. Mink (Zwolle). — (Contributo alla cura conservativa della otorrea cronica). — La cura del Mink consiste in questo: dapprima libera l'attico, attraverso il catetere eustachiano, il più che sia possibile, dalla secrezione, indi vi applica per la stessa via, una soluzione di acido tricloroacetico e sozoiodato di soda in glicerina nelle proporzioni rispettive di 1:2:20. Nei pazienti sensibili fa precedere un' istillazione di soluzione di cocaina al 5 per 100. L'A. usa un catetere di sua invenzione, che si adatta all'orifizio tubario molto meglio che gli altri, ed impedisce che particelle del medicamento cadano nella gola, e provochino accessi di tosse. Con questa cura, che ripete ogni 4-5 giorni, ottenne, in parecchi casi, guarigioni di otiti purulente croniche, che avevano resistito ad altre cure. (*Società Neerlandese di Oto-Rino-Laryngologia;* ottava riunione, giugno 1900). Bobone (Sanremo).

3. **Contributo alla casuistica dell'otite diabetica. Ascesso mastoideo, trapanazione dell'apofisi mastoidea. Operazione radicale. Guarigione**; per il dott. Urbano Melzi, primario specialista dell'ospedale maggiore di Milano. Il giorno 17 settembre si presenta all'A. un paziente di 67 anni di robusta costituzione. Questi non ha avuto malattie di sorta, solo due mesi fa cominciò a sentire dei dolori fortissimi all'orecchio destro, ai quali dopo 3 giorni sussegui una profusa suppu-

razione che dura tuttora e che non ha ceduto alle instillazioni di acqua ossigenata.

L'A. trova infatti il condotto uditivo esterno pieno di pus giallo, denso, e di più una marcata e fluttuante tumefazione nella regione mastoidea. Null'altro in relazione all'esame generale, eccettuata una notevole quantità di glucosio nell'orina.

Vista la gravità del caso lo persuade a farsi operare, e l'operazione, vien fatta sotto la cloronarcosi il giorno 19. Inciso l'ascesso fa la trapanazione dell'apofisi mastoidea che per l'eccessiva mollezza può essere asportata col cucchiaio; quindi per le cattive condizioni del paziente, e per la soverchia emorragia non procede oltre. L'ammalato migliora, ma dopo alcuni giorni per un sino fistoloso sopraggiunto è nuovamente operato. L'A. ha aperto ampiamente l'attico ed il recesso timpanico, che trova pieno di pus e granulazioni, a pareti rugose, dopo aver trasformato le varie cavità dell'orecchio in una sola, per poter meglio osservare l'andamento della riparazione, non fa nessuna plastica, ma il solo zaffamento con garza all'iodoformio. La riparazione è lenta, ma, aiutata dal regime antidiabetico, è completa, e l'ammalato fino al giorno d'oggi non ha più nessun disturbo.

Si trattava qui di una otite diabetica, ed il caso era interessante per la rarità (conoscendosene solo venti) per l'estensione delle lesioni, e per l'età del paziente. L'otite diabetica invade infatti con la maggior frequenza l'orecchio medio e l'apofisi mastoidea. Nell'orecchio esterno si è nei diabetici solo riscontrato (Haug) secchezza, prurito, ed un certo raggrinzamento; più frequentemente una foruncolosi speciale per il suo lungo ripetersi, per la sua intensa dolorabilità, e per l'apertura crateriforme dei singoli furuncoli. Per l'orecchio interno le esservazioni di Iordao Griesinger e Rulz, che parlano di molti casi di sordità nei diabetici, non offrono dati sicuri per potere ammettere il loro valore.

L'inizio della otite diabetica è enimmatico ed improvviso al tempo stesso; essa si presenta, non si sa perchè, a preferenza a destra, con dolori fortissimi nell'orecchio affetto, che a differenza dell'otite media acuta non cessano dopo la perforazione della membrana del timpano che succede molto presto. La secrezione purulenta è abbondantissima fino dall'inizio, perdura parecchie settimane, e resiste ai comuni trattamenti. In essa Moos ha ritrovato il diplococcus Fränkel-Weichselbaum, e lo streptococcus pyogenes. La febbre è rarissimamente alta.

Il sintomo più grave ed importante dal lato pronostico è dato dalla complicazione mastoidea (mastoidite o periostite mastoidea).

In brevissimo tempo si riscontrano distruzioni estese dell'osso che possono formare una sola cavità fra apofisi mastoidea e cavità timpanica, e che nel caso di Koerner e Wild in 19 giorni lasciarono allo scoperto il seno trasverso, con una parte della dura madre che avvolge il cervelletto.

Come si spiega l'origine e la gravità? I diabetici più di qualun-

que altro ammalato sono predisposti alle infiammazioni d'ogni specie. Essi secondo Israel e Frerichs vanno soggetti anche all'arteriosclerosi; i loro tessuti sono molto resistenti, carichi di zucchero, quindi atti allo sviluppo maggiore dei batteri. Davidsohn pensa che la quantità di zucchero contenuta nei tessuti possa esercitare una certa influenza anche sul rapido insorgere delle lesioni ossee, ma ciò è dubbio, tenuto conto delle grandi oscillazioni cui va soggetta questa stessa quantità. In massima gli autori sostengono che la base della gangrena, che di frequente si osserva nel processo mastoideo dei diabetici, stia nelle alterazioni dei tessuti prodotti dalla malattia stessa.

In ordine alla terapia giova osservare che negli atti operativi praticati nei diabetici si va incontro a due pericoli; quello della sepsi e dell'insorgere del coma diabetico, complicanze che sono in stretta dipendenza con la quantità del glucosio e con l'acidità dell' orina. Dunque prima di operare si consultino questi dati, e si rammenti che una notevole quantità di glucosio, ed una forte acidità dell'orina sono due grandi controindicazioni.

Un'altra controindicazione è data dall'età e dalle cattive condidizioni dell'operando. In tutti questi casi occorre invero che la malattia rasenti il colmo della gravità perchè si decida l'operazione, che, manco a dirlo, va eseguita con l'asepsi più scrupolosa possibile. L'insorgere del coma diabetico non è dipendente nè dall'atto operativo, nè dallo skock, ma è in stretto rapporto con la narcosi. Becker dice che il coma può insorgere subito od anche dopo due giorni dall'atto operativo. Esso non è nemmeno in rapporto con la natura del narcotico adoprato. Sembra anzi che il cloroformio e l'etere egualmente lo favoriscano con l'aumentare quell'acidità che disturba il ricambio materiale dei diabetici (Estratto dal *Bollettino clinico-scientifico della Poliamb. di Milano;* fascicolo XI).

Dott. R. Montelucci (Rignano sull'Arno).

4. **Sprays**; pel dott. Fred. D. Lewis. (Le Polverizzazioni). — L'Autore pensa che non si fa delle polverizzazioni l'uso che si dovrebbe. Rammenta che, quando la pelle non funziona bene, i reni e gli intestini han maggior lavoro da fare: che le spugnature fatte al mattino e seguite da frizioni, o da un bagno russo, o turco, possono giovare in casi cronici, come nel reumatismo, più che tutti i rimedii. Rammenta pure che una lavatura di stomaco fatta con una tazza d'acqua calda, prima del pasto, può convertire in buona una digestione tarda, e che la cura dei proprii denti è cosa a cui il pubblico è stato, generalmente, educato.

Si domanda, perciò, se la cura che si può avere della muccosa nasale non sia tanto importante quanto quella che si ha della pelle e dei denti. Per lui, la spray è tanto essenziale sul tavolo di toeletta quanto la spazzola da denti. La natura del liquido da spolverizzare dipende dalle circostanze: se v' ha del catarro, si faccia a base di rimedii; se invece si vuol far solo della profilassi, basta una

soluzione neutra. Occorre, perciò, educare i pazienti a tener pulito l'interno del loro naso. (*Journal of ophthalmology, otology and Laryngology;* avril, 1900). BOBONE (Sanremo).

5. **Ein fall von geheilter Ozäna;** pel dott. P. I. ZAALBERG (Amsterdam). — (Un caso di Ozena guarito). Paziente di 9 anni ozenatoso già da parecchi anni con cavità nasali piene di croste fetide e molto atrofiche. Curato dapprima con docce nasali, polvere borica, fenolo solforicinato, con poco successo. Allora l'A. seguendo le indicazioni di Hamm fece insufflare nel naso una miscela di acido ci trico e zucchero di latte a parti eguali. Dopo due giorni osservò un miglioramento innegabile; dopo tre settimane, la guarigione completa, che si conserva ancora dopo circa sei mesi. (*Società Neerlandese di oto-rino-laringologia;* ottava riunione, giugno, 1900).
BOBONE (Sanremo).

6. **Ueber die Fensterresection des Septums narium zur Heilung der Skoliosis septi;** pel dott. KRIEG (Stuttgart). — (La resezione fenestrata del setto nasale per guarirne la scoliosi). L'Autore si riferisce ad un lavoro sull'istesso argomento, da lui pubblicato nel 1886 e cerca di confutare, coll'appoggio di ulteriori osservazioni, le critiche che gli vennero fatte.

La resezione fenestrata del setto consiste, secondo il processo dell'A., nella formazione di un lembo orizzontale, cartilagineo, a base posteriore. Il numero di siffatte resezioni eseguite fin' ora da lui è di 130. In più della metà dei casi si dovette asportare, oltre alla cartilagine, anche dell'osso.

L'autore stabilisce le due tesi seguenti: 1° dal momento che non si può determinare sicuramente, prima della fine dell'operazione, fino a qual distanza il restringimento si estende, non si possono nemmeno determinare in anticipazione i limiti che dovrà avere la finestra. Perciò è necessario che la base del lembo cartilagineo linguiforme sia all'indietro; 2° nel maggior numero dei casi l'operazione non è finita coll'asportazione di un lembo cartilagineo anche grosso: occorre sia colle forbici, sia colle pinze, resecare ancora tanto del setto che, per lo più, partecipa al restringimento, finchè passi attraverso una piena corrente d'aria.

Su 23 °[o dei suoi operati fu necessaria una operazione preliminare, cioè l'impicciolimento del turbinato inferiore della parte larga.

La perforazione non si potè evitare in 12,3 °[o degli operati. Si trattò, però, sempre di perforazioni piccole, di cui le maggiori arrivavano al diametro di un pisello.

L'autore si difende, da ultimo, dalla taccia di aver inventato un'operazione molto difficile.

Certamente egli ha parlato di difficoltà nell'eseguirla: ciò può aver trattenuto qualcuno dall'accingervisi, come può pur darsi che qualchedun'altro, che volle provarla, sia caduto su di un caso sfavorevole ed abbia avuto un insuccesso che lo dissuase a ricominciare.

Ma di qui, a parlare di difficoltà, insormontabili o quasi, c'è un

tratto. L'A. riduce la questione nei suoi veri termini asserendo: che l'operazione è raramente facile, per lo più è difficile, soventi è una vera opera d'arte che il rinologo può e deve imparare ad eseguire (*Arch. f. Laryngol.* 10 Bd. 34, 1900). BOBONE (Sanremo).

7. **Il medico igienista al caffè**; pel dott. UGO PASSIGLI. Estratto dal *Bollettino Clinico Scientifico della Poliambulanza di Milano*. Fascicolo X (1). — Dal momento che il medico igienista, anche a costo di passare da importuno, già da tempo e con tanta insistenza era penetrato negli ospedali, nelle officine, nelle scuole, nelle chiese, nei teatri, ed in tanti di quei luoghi nei quali sogliono riunirsi molte persone ed addensarsi per conseguenza innumerevoli microrganismi e detriti infettanti, sembrava strano ch'egli avesse un certo riguardo per i caffè dove sogliono pure adunarsi tante persone, e dove, sia pure sotto lo sfarzo di una luce possente ammaliatrice, e sotto l'onda gradita dei suoni e dei canti, in mezzo all'ebbrezza ed al tripudio prodotto da mille eccitamenti, sogliono ordirsi complotti contro la nostra salute.

Forse il medico igienista, tutto riconcentrato nei suoi studi umanitari, uscendo dal silente laboratorio o dalla tenebrosa biblioteca, e passando dinanzi alla *vitrage* dei caffè, non aveva cuore di disturbare anche la gente che ivi si divertiva, oppure anche lui abituato a trovare nel caffè qualche mezz'ora di lieto vivere, soleva lasciare alla porta il fardello delle sue investigazioni, e non si accorgeva che dove credeva di aver nulla a fare, era lì lì per essere travolto lui stesso dai suoi implacabili nemici, i batteri.

Tant' è! molti igienisti s'occupano, e quasi direi si logorano il cervello per fare delle ricerche che non potrebbero definirsi che « un lusso scientifico », e poco compresi delle esigenze moderne, tralasciano di studiare quegli argomenti che più toccano da vicino lo svolgersi della vita della massima parte degli uomini, delle loro principali attività, abitudini, inclinazioni, bisogni, affari, riunioni, ecc.; quegli argomenti insomma di vera igiene sociale collettiva, che non può essere che la prima apportatrice di quel miglioramento generale, che è oggi tanto invocato. Che giova, infatti strappare alla scienza i suoi massimi segreti, che giova perdersi nelle più inutili sottigliezze igieniche per potere arrivare a stabilire il più vero, il più raffinato tipo di vita igienica, ossia in qual massimo grado di oculatezza e di preservatezza può vivere un individuo; e lasciare nel frattempo che la grande massa degli abitanti di questo mondo si frammischino nei più diversi luoghi e nelle più varie guise, ed attentino di continuo alla propria salute, preparando nuovi malati e nuove malattie? Volendo far dello spirito ci sarebbe d'affermare che allorquando sarà stato escogitato il vero uomo tipo, questo rimarrà nella mente di chi lo

---

(1) Pubblichiamo volentieri questa rassegna del nostro egregio collaboratore dottor Montelucci, per il rapporto che ha questo lavoro coll'igiene delle prime vie del respiro. V. G.

avrà per ultimo raffigurato, giacchè gli uomini saranno tutti ammalati. *Quod Deus avertat.*

Ma, alla buon ora, un igienista pratico, intelligente, che avendo scolpito il suo ideale scientifico nella salute degli uomini, più che in quella dell'uomo, avesse pure da entrare nel caffè, non con l'idea di succhiarsi qualche bibita eccitante in mistica contemplazione, ma con quella di frugare con lo sguardo sulle sedie, sui tavolini, sulle tazze e bicchieri in cerca di batteri, spiando tutte le mosse degli avventori come un vero delegato di pubblica sicurezza, doveva pure esservi, è v'è stato di fatto nella persona del dott. Ugo Passigli di Firenze, giovane intelligente e studioso, quanto dotto e geniale.

Egli non contento di aver portato un vero e salutare scompiglio *nella bottéga del barbiere* (1) dove, invece di farsi la barba lui, aveva cercato di farla al barbiere, censurandogli tutto, dalla catinella all'arricciabaffi; per obbedire a quel fine e geniale spirito di indagine pratica che gli procura tanta stima e simpatia, ha voluto, col solo mandato della sua retta coscienza, fare una severa inchiesta anche nella bottega del povero caffettiere, incominciando naturalmente a criticargli il suo caffè di cicoria, il suo latte scremato, inamidato, ed infarinato; il suo burro di sego, la sua birra a base di gomma-gutta, e colorita con acido picrico, etc.

Senonchè l'astuto e giovane igienista ha pensato che non valeva poi tanto la pena mettersi in urto con tanti bottegai, mettendo al nudo quelle sofisticazioni che tutti conoscono; per il che lasciando in pace il caffettiere ha deciso di occuparsi del caffè. Ma, ahimè! anche lo stesso nome ha voluto suggerirgli una melanconica osservazione, ed una grande assicurazione per quei clienti sofferenti per *caffeismo cronico* (dispepsia, gastralgia, anafrodisia, cardiopalmo, marasmo precoce, insonnia, ateromasia dei vasi, degenerazione del muscolo cardiaco, iperestesia, etc.), che credono di aver preso lì il loro male. Si tranquillizzino! Nel caffè spesso tutto si prende, fuorchè il caffè!

L'A. s'è intanto assiso in un bel sofà, e mentre fuma la sua sigaretta con molta disattenzione, studia minutamente l'ambiente, e si guarda sempre d'intorno come persona che si trovi a disagio, o mal sicura. Tutto quello scambiarsi di cucchiai, bottiglie, e bicchieri; tutto quell'alzarsi e sedersi degli avventori, quel correre in quà e in là all'impazzata dei camerieri, quel continuo sputare a casaccio; quel rischiararsi continuo, quel vociferare; quello stesso cinguettio delle esili ma eleganti e graziose signorine, quel soffregarsi l'uno con l'altro, quella polvere, quel fumo, che appesta l'aria, ecc., si vede che gli urtano i nervi, che mostrano al suo occhio intelligente tante terribili verità, gli scoprono tanti abissi, al punto da

(1) Titolo di un altro suo bellissimo libro.

fargli fare il viso pallido là dove tutti sogliono averlo piuttosto rosso.

Al caffè vanno sani e malati; sani e malati adoprano gli stessi oggetti, respirano la stessa aria, sputano negli stessi impiantiti: sani e malati sono sottoposti ad un tale contatto che non può essere che dannoso per tutti.

Qualche tempo indietro si pensava e si dubitava che, per esempio, la sola sifilide fosse la malattia che più facilmente si sarebbe potuto prendere da un bicchiere o da un cucchiaio, dal momento che la bocca e la retrobocca sono sedi frequentissime di lesioni sifilitiche, le quali spesse volte, per essere poco appariscenti, passano inosservate, ed infettano maggiormente tutto ciò che con esse abbia contatto.

Rollet, così, Boeck, Böttger, parlano di casi di contagio sifilitico avvenuto per mezzo di cucchiai; Spillmann, Galippe, Poragg-Koschitz, Miller parlano di altri avvenuti per bullette (messe in bocca da bambini), per giocattoli, per fili, penne etc., Pellizzari, Gruner di altri ancora avvenuti per mutuo scambio di pipa, e di bicchiere; il che dimostra quanto sia vero il contagio sifilitico.

Ma oggi la scienza ha progredito. L'A. pensando che solamente nella bocca Miller riuscì a trovare cento specie di microrganismi, è preso dai brividi nel pensare a quante malattie (oltre la sifilide) gengiviti, angine, stomatiti, carie dentaria, difterite, scarlattina etc., possono prendersi al caffè per mezzo dei bicchieri e dei cucchiaini. La cavità orale dell'uomo può paragonarsi infatti, per i processi di fermentazione e putrefazione che vi si svolgono, ad una cloaca. I residui degli alimenti che si soffermano negli interstizi dentari, la secrezione delle numerose glandule, la presenza dell'ossigeno, l'alcalinità dei liquidi della bocca, costituiscono un terreno nutritizio adatto per l'attecchimento e lo sviluppo di tanti germi, che guai al padrone del caffè se potesse lontanamente sospettare d'aver che fare con tanti parassiti. Di questi, oltre quelli della carie dentaria, sono importanti il diplococco lanceolato di Fränkel, il pneumo-bacillo di Friedländer, il bacillo della difterite, lo stafilococco piogeno, il bacillo di Kock etc.

Se il contagio però tra bocca e bocca non avviene nel modo che vien fatto di pensare, ciò non accade perchè questo non esista, ma perchè il nostro organismo ha dei mezzi di difesa nella fagocitosi, e nell'epitelio che tappezza non solo la bocca, ma sivvero la retrobocca e le prime vie respiratorie.

Ma quel che è peggio nei caffè è la malaria, non quella che portano le zanzare (secondo i nuovi studi), ma i troppi avventori. L'aria nei caffè è inquinata dai prodotti delle illuminazioni, e da quelli della respirazione e traspirazione cutanea dell'uomo, che bontà sua è il primo contaminatore dell'aria confinata; dai gas sfuggiti dal suo corpo, da tutti gli odori patologici e fisiologici, dal fumo, dalla polvere, ed è quindi irrespirabile; e più che mai dannosa all'uomo per-

chè in quel momento si trova sottoposto a tante altre eccitazioni tutt'altro che benefiche.

Ma i pericoli cui si va incontro respirando un'aria malsana non vogliono essere compresi. *Molti che respingono con scrupolo una bottiglia d'acqua che contenga qualche innocuo bruscolo appena visibile*, ingoiano in santa pace tutto quel pandemonio che è sospeso nell'aria di un caffè.

Difronte a queste verità che sembrano e sono realmente tanto palesi, l'A. si mostra sconfortato ed inquieto, e non sapendo rendersi ragione del come tutti non debbano avvedersene, con un garbo e una viva espressione letteraria tutta sua, muove addirittura delle rampogne agli avventori che in oggi si fanno sedurre da qualunque attrattiva, pria che dalle considerazioni igieniche; ma spinto poi da quella fede costante che suole suggerirgli la scienza e l'amore verso i suoi simili, e rianimato dalla speranza di persuadere, torna con maggiore calore alla sua filippica.

Legrand du Saulle afferma che certi *abitués* di caffè vanno soggetti ad una specie d' intossicazione dovuta al lungo soggiorno nei caffè, intossicazioni che sogliono sparire al cessare della causa.

L'A. su questa scorta pensa che anche qualche altra forma morbosa cerebrale, sia pure la paralisi degli alienati, possa trovare una qualche causa in quell'ambiente; quindi messi gli occhi sul povero cameriere del caffè che certamente è l'ultimo a divertirsi ed il primo a mostrare gli effetti dell'ambiente malsano, lo mostra al pubblico come prova delle sue affermazioni — *Ecce homo.*

Ma eccoci intanto alla tubercolosi. Anche nei caffè essa deve trovare un grande asilo, un gran covo per la successiva propagazione; anzi chissà che non sia questo uno dei massimi ripostigli dei bacilli tubercolari. L'A. non ha da spendere troppe parole per dimostrarlo, nè al lettore occorrono molte per concepirlo. Dal momento che Cornet ha esaurientemente provata la propagazione per mezzo degli sputi, che poi sono trasportati dalla polvere, e Flügge, Fränkel, Schaffer, Latschenk quella per mezzo della tosse, dello starnuto ed anche per il semplice parlare, c' è da fare la pelle d'oca al solo pensiero del pericolo che si corre al caffè. Intanto gli stessi caffettieri sono quelli che secondo una statistica danno il maggior contingente alla tubercolosi. Destré e Galienärts trovarono che a Bruxelles su 149 decessi per tisi, 27 erano operai che lavoravano all'aperto, 45 che esercitavano professioni sedentarie, 11 agricoltori e 66 caffettieri! A Londra la mortalità è del 5.30 nel Clero, del 6.04 fra i maestri di scuola, dell'8.21 fra i giurisperiti, del 9.66 fra i medici, del 12.14 fra i musicisti, del 14.17 fra i birrai, del 16.42 fra i camerieri di albergo ed i caffettieri. Miracolo se non casca loro il vassoio di mano! Ma tanti non vogliono credere, a cagion d'esempio, a tutti i mali dei quali suole oggi incolparsi la polvere. Se ne respira tanta anche nelle strade, dicono, nè c' incoglie un gran male. Schlodtmann eppure esaminando 35 cadaveri, l'ha ritrovata in 33 sulle

glandule bronchiali, e Cornet con della polvere infetta ha potuto fare intisichire per forza 47 di 48 cavie obbligate a respirarla!

Bisogna rammentarsi che il bacillo della tubercolosi, al pari di un assassino, si trattiene poco per le strade perchè ha paura della luce del sole che lo può scoprire e distruggere, e preferisce invece i locali chiusi dove è il sole ch'entra di contrabbando. Ora se si pensa che un tubercoloso può in un giorno emettere 8 miliardi di bacilli, ditemi un po' se è possibile che possa trovar posto in un caffè un libero cittadino che non voglia aver contatto con tutta quella gente!

E fossero soli questi microrganismi in un caffè! Il dottor Carlo Mazza sul pulviscolo preso dalle sedie di 5 caffè di Torino ne ha trovati di varie specie, ed in numero enorme con gran prevalenza dei micrococchi sulle forme bacillari. Figurarsi in un grammo di polvere del caffè A trovò 1,580,000 batteri

»	»	B	»	2,060,000	»
»	»	C	»	3,170,000	»
»	»	D	»	2,520,000	»
»	»	E	»	1,950,000	»

Altro che gli eserciti di Napoleone!

Hirschfeld ed Emmerich trovarono germi infettivi anche sotto i pavimenti del caffè. Altri poi ha riconosciuto che al caffè si può acquistare perfino la tenia e la scabbia!!

A questo punto l'A. riconosce nel pubblico un certo movimento che gli dà tutto il diritto di credersi alfine vittorioso sulla di lui incredulità. E sfido a non esserlo! Già osservando bene s'avvede che nel calore della sua giusta, filata, ed evidente dimostrazione, la faccia bianca hanno finito per farla gli avventori, mentre la sua si è colorita del bel colore della soddisfazione.

E l'A. è contento di questo, e pria che ulteriormente terrorizzarli, fra un sorriso e l'altro s'affretta, forse per la premura di non alienarsi nemmeno le loro simpatie, a dimostrar loro che il diavolo non è poi brutto come si dipinge.

Il nostro organismo ha dei mezzi di difesa, anche al caffè, contro l'assalto dei microrganismi, mezzi di difesa che si portano sempre con noi e che si chiamano: potere antitossico, fagocitosi, potere germicida del sangue, lavorio di eliminazione per la cute, per i reni; funzione del succo gastrico; della maggior parte delle secrezioni etc. i quali tutti stanno alle vedette quando noi siamo un po' distratti da qualche procace *chanteuse* od insinuante chellerina.

Anzi se si pensa che è il naso quell'organo attraverso al quale suole per tanto maggior lungo tempo passare l'aria che è destinata ad entrare nei nostri polmoni, e se si pensa che appunto il naso porta nella sua muccosa un epitelio che ha delle ciglia vibratili estremamente mobili, adatte proprio a fare da barricate contro l'ingresso dei batteri, ed un mucco che li ucciderebbe addirittura come pensano alcuni (Monari, Calvino), vien fatto di congetturare che que-

sto organo deve essere la guardia scelta, la guardia nobile della nostra persona che per la nostra salvezza è pronta a vigilare e lottare anche contro un numero sterminato di nemici.

Ed è qui anzi che per mio conto io intenderei di rivolgere un grande appello a tutti gli specialisti di rinologia, perchè volessero maggiormente indagare fino a qual punto si possa realmente sperare che questo naso ci salvi di fronte al continuo apparire di novelli nemici in quest'aria, che ovunque siamo soliti inspirare con tanta disinvoltura. Credo, di fatto, che pochi argomenti di rinologia possano oggi destare un interesse maggiore.

Ben venga il rinologo ad assicurarci che il naso è come la Forca Caudina di tutti i batteri, ed allora noi cesseremo dal muovergli tutti i giorni le solite querimonie, dal dirgli che è un grand'organo uggioso, specialmente d'inverno, e continueremo ad andarcene tranquilli anche al caffè col nostro naso in ordine di battaglia.

Nel frattempo, di fronte al pericolo che incalza, e di cui tanto ci persuade il bel lavoro del nostro igienista, non c'è altro a fare che bene intendere con quali nuovi criteri dovrebbero essere oggi condotti i caffè, e far sì che ai buoni consigli non facciano poi gli interessati gli orecchi da mercante.

Ed ecco come l'A. intenderebbe condotto in avvenire il caffè, ed ecco il profilo che ne viene delineando mentre si accinge ad alzarsi, a pagare la bibita ed a togliere l'incomodo al povero caffettiere che lo vedeva piuttosto di mal occhio nel proprio locale.

Non più illuminazione a gas, ma luce elettrica. Niente rivestimento di soffitto e pareti con carte da parati ricettatrici di microrganismi nelle loro scabrosità e nella colla necessaria per attaccarle. Esse devono esser lisce, e facilmente lavabili e disinfettabili, senza deterioramento, preferibilmente a stucco lucido od a smalto. Il pavimento dovrà essere impermeabile, unito, duro, compatto, senza sgretolature o sconnessioni di sorta ; liscio, atto a conservare il calore, che produca poca polvere, che si possa pure lavare e disinfettare, che non si usuri facilmente ecc.

Il preferibile sarebbe quello di legno duro, forte, reso impermeabile con speciali processi, e fatto in modo che fra tavola e tavola non restino fessure. Niente quindi tappeti, stoie, tende e tutti gli altri ed inutili panneggiamenti. Niente velluto o stoffe vellutate, ma stoffe lisce. I mobili, i divani, le seggiole, dovranno essere non fissi e della massima semplicità, preferibilmente di ferro verniciato. Dovrebbero poi insieme ad una maggior luce e quantità d'aria, introdursi nei caffè le famose sputacchiere pubbliche, delle quali una delle migliori è quella dell'Abba ; e non costerebbe poi tanto, ai signori avventori abituarcisi.

Come si proibisce in tanti luoghi il fumare, perchè non si potrebbe proibire in tanti altri lo *sputare in terra*? Infine dovrebbero caffè, oltre che spazzati con stracci umidi e segatura bagnata di

sublimato, essere spesso disinfettati con soluzione al sublimato al 10 per cento.

Dott. R. MONTELUCCI. (Rignano sull'Arno).

BIBLIOGRAFIA

Della sieroterapia nella tubercolosi. Ricerche sperimentali dei Professori A. MAFFUCCI ed A. DI VESTEA della R. Università di Pisa. Torino, Stab. Fratelli Pozzo, 1901.

Questa pubblicazione comprende un grosso fascicolo di circa 40 pagine con due diagrammi, e fu già stampata nella *Rivista d'Igiene e Sanità pubblica*, anno XI, 1901.

Tali ricerche furono incominciate nel novembre del 1894, come è detto in principio della pubblicazione stessa, e proseguite per più di quattro anni, ed offrirono occasione a due note lette in seno alla Società Italiana di Chirurgia (ottobre 1895, ottobre 1898) note riprodotte nel *Centralblatt für Bakteriologie*, XIX, n. XXV Band.

La seconda di tali note terminava colla promessa che, espletate poche altre esperienze di controllo, gli autori avrebbero riassunto l' insieme di questo studio in una terza pubblicazione destinata specialmente a mettere sott'occhio i documenti giustificativi delle deduzioni fatte: tale è lo scopo di questa pubblicazione. Essa costituisce una prova della diligenza e della esattezza delle coscenziose ricerche dei due valentissimi cultori delle scienze biologiche dell'Ateneo Pisano e noi non potendo entrare nei particolari della pubblicazione stessa riporteremo qui le sole conclusioni.

Gli AA. restano fedeli alla opinione che lo stato attuale della patologia sperimentale non giustifica l'applicazione d'un tentativo sieroterapico nell'uomo; ed è molto significativo che nell' ultimo Congresso internazionale di Berlino (marzo 1899) dedicato esclusivamente allo studio della tubercolosi, siasi tagliato corto con l'argamento della sieroterapia. Per i prelodati scrittori, dopo le cose osservate non resta dubbio che si possa ancora cullarci nella speranza di più felici trovati sieroterapici, basandosi su vieti metodi di preparazione degli animali sieriferi mercè la tubercolina o prodotti analoghi. Essi hanno fatto il loro tempo, e giova augurarsi che la via indicata dalle idee venute più recentemente sviluppandosi circa la natura del complesso del veleno tubercolare non prepari nuove illusioni al fidente ricercatore di antitossine.

Il lavoro termina colla dichiarazione esplicita che per ora la migliore antitossina per la tubercolosi consiste nell'*aria pura e ricca di ossigeno*, tal quale viene restituita all'atmosfera dalla respirazione delle piante: essa, mentre spunta la velenosità del virus contenuto nelle parti prese dal processo infettivo, previene le reinfezioni e le infezioni collaterali, stimola e risolleva i poteri digestivi, attiva gli

scambi organici, ridesta e rinvigorisce i molteplici compensi della natura medicatrice.

*
* *

Questioni del Giorno. Pisa, Tip. Editrice del cav. F. Mariotti, 1900.

Con questo titolo è uscito per le stampe un bel volume di oltre 300 pagine, formato grande, colla dedica alla Città e Provincia di Pisa e al Comitato locale per la Lotta Antitubercolare. La pubblicazione in parola è stata fatta sotto l'egida dell'Istituto d' igiene della R. Università di Pisa, diretto dal valentissimo prof. Alfonso Di Vestea. Comprende una prefazione dello stesso Di Vestea, e undici monografie sopra interessanti argomenti che hanno rapporto colla tubercolosi. Di tre di questi scritti è autore il prof. Di Vestea e degli altri il De Heironymis, che fu medico provinciale a Pisa, il Frassi e Ricci, il Sestini, il Pellegrini, il De Rossi, e il Marino.

L'importanza dell'argomento e la valentia degli autori costituiscono la più patente raccomandazione di questo libro che ha uno scopo altamente scientifico ed umanitario.

*
* *

Guida pratica per Farmacisti e per Medici, compilata da Alberto Janssen, Farmacista matricolate dell'Università di Pisa e Berlino.

Il 1901 segna il *sedicesimo anno* di questa importante pubblicazione che abbiamo sempre raccomandata ai nostri lettori.

La *Guida Janssen* contiene in quest'anno pure una raccolta di svariati temi scelti fra quelli che possono più interessare per la loro utilità e nuovità i Farmacisti ed i Medici.

Questo libro si trova in vendita presso l' autore, 10, Via dei Fossi, Firenze.

*
* *

Trattato di Farmacologia per il prof. G. Bufalini.

La Casa Editrice F. Vallardi di Milano pubblicò nell'anno decorso questo importante libro che fa parte della collezione: « Biblioteca Medica Italiana » e a noi fu donato dal valente autore. Non sarebbe adattato all' indole del nostro « Bollettino » parlare a lungo di un libro di « Farmacologia », ma diremo solamente che l'abbiamo letto con grande profitto e ci ha servito a rimetterci in giorno con questa materia che ha pure tanta importanza per l'esercizio medico generale e speciale. V. Grazzi.

NOTIZIE VARIE

Centenario di un benemerito della educazione dei Sordomuti. — Il 18 febbraio u. p. decorreva il centenario della nascita di Antonio Provolo, prete, che, primo in Italia, con genio illuminato e fecondo, come scrive il P. G. Morbini in una erudita biografia del valente

sacerdote, applicò il metodo orale nell'istruzione dei Sordomuti, precorrendo di mezzo secolo i ritrovati, le glorie, i trionfi della scuola moderna (1).

La questione dei sieri. — Intorno a questo vitale argomento sottoscriviamo quanto il valente collega, Prof. G. Ferreri, pubblicava in un giornale di Roma, cortesemente inviatoci.

La gravità del fatto che colle iniezioni antidifteriche con un siero preparato da un istituto privato siasi potuto compromettere mortalmente la vita dei pazienti sottoposti ad una tal cura, è stata certamente la maggiore condanna che potevano attendersi quei malaugurati politicanti che fecero sì aspra guerra ad una delle poche cose buone compiute da Crispi, da indurre Rudinì, con una leggerezza imperdonabile, ad abolirla di sana pianta, intendiamo dire del laboratorio d'igiene annesso alla Direzione generale di sanità del regno.

Non vogliamo entrare in apprezzamenti su ciò che il governo, per la dignità propria e per troncar subito questa incresciosa questione di igiene pubblica, dovrebbe fare per risolverla in favore della difesa sociale.

Dobbiamo augurarci che la fabbricazione del vaccino e dei sieri sia sottratta per legge alla industria privata, senza un rigoroso controllo scientifico per parte dello Stato, come avviene attualmente.

Concerto di Beneficenza fatto in Firenze a vantaggio del Collegio degli orfani dei medici Italiani in Perugia. — Per l'affetto che portiamo alla benemerita istituzione, e colla speranza che l'esempio sia seguito da altre città, siamo lieti di pubblicare l'ottimo resultato economico di tale concerto.

Il Comitato di patronato femminile, presieduto dalla signora Teresa Grazzi, incassò 511 lire: il Comitato di patronato dei medici, presieduto dal comm. Prof. P. Grocco, incassò 614 : le spese ascesero a 148 lire, con un incasso netto per l'orfanotrofio di 977 lire.

Furono zelantissimi segretari dei due Comitati i Dottori Luigi Giuntoli e Guglielmo Donzellini.

Bollettino Bibliografico delle pubblicazioni mediche italiane. — È già il 2° anno che questa pubblicazione vede la luce in Firenze, per cura dei signori Luigi Nobile-Lojacono, Vice Segretario della Biblioteca Medica, e del signor Gustavo Cini, Sotto-bibliotecario nella Nazionale di Firenze, col concorso del prof. Ernesto Pestalozza e del prof. Carlo Comba. Premiato dal Ministero della Pubblica Istruzione su proposta del Consiglio Superiore di Sanità, e con medaglia d'oro all'Esposizione d'Igiene, Napoli, 1900.

In Italia mancava un periodico puramente bibliografico, che permettesse in modo facile e sicuro queste ricerche, e che servisse a registrare e diffondere il movimento scientifico medico italiano, ed è degna di encomio l'opera intrapresa dai solerti redattori.

---

(1) V. *Educazione dei Sordomuti;* Siena, febbraio 1901.

La Direzione sente il dovere di ringraziare gli Autori che si degnarono inviarle in dono le seguenti pubblicazioni:

Garel. — *Les nodules laryngés.* (Paris, Masson et C. Editeurs, 1900).

Gavello dott. G. — *Rendiconto statistico per l'anno scolastico 1899. 1900 della Clinica Oto-rino-laringologica della R. Università di Torino.* (Estr. dall'*Archivio Italiano di Otologia*, ecc.; vol. 10, fasc. 4, 1900).

Geronzi dott. Gaetano. — *Importanza dell'esame dell'udito nei ferrovieri.* (Estr. dal *Bollettino delle finanze, ferrovie, industrie e commercio*; anno XXXIII, n. 20, Roma, 1900).

Guye prof. A. — *De l'aprosexie nasale — Aperçu critique.* (Paris, éditions de « La Parole », 1900).

Melzi dott. U. — *Rendiconto statistico-clinico della ambulanza laringoiatrica del Pio Istituto di S. Corona.* (Pietro Tamburini; pubblicità medico-farmaceutica. Milano, 1900).

Idem. — *Contributo alla casuistica dell' otite diabetica. Ascesso mastoideo. Trapanazione dell'apofisi mastoidea. Operazione radicale. Guarigione.* — (Pietro Tamburini; pubblicità medico-farmaceutica, Milano, 1900).

Pel giubileo del prof. Luciani. — (Società Edit. libraria, Milano, 1900).

Pettazzi. — *Contributo allo studio delle allucinazioni acustiche specialmente in rapporto colle alterazioni dell'apparato uditivo periferico.* — (Estratto dall'Archivio italiano di otologia, ecc.; Torino, vol. X, 1900).

Politzer prof. A. — *Eloge du dr. Charles Delstanche.* — (Estratto dagli Annales des mal. de l'oreille. Paris, 1900).

Prota dott. G. — *Sopra uno speciale tumore dell'epiglottide.* — (Estratto dagli annali di laringologia ed otologia, rinologia e faringologia, vol. I. Tip. Traversari, Empoli, 1900).

Rimini dott. E. — *Sulla paralisi facciale nell'otite media acuta.* — (Estratto dal Resoconto Sanitario per l'Ospedale Civico di Trieste, compilato dal primario dott. V. Liebman).

Saint-Hilaire dott. E. — *La Surdi-Mutité. Etude médicale.* — (Paris. Maloine, editeur, 1900).

Sune y Molist dott. L. — *Infeccion de la herida quirurgica en las osteotomias antro mastoideas.* — (Estratto dalla Rivista di Ciencias Medicas de Barcelona, 1900).

Trombetta dott. E. e **Ostino dott. G.** — *Nistagmo e canali semicircolari. Studio sperimentale e clinico.* (Tipografia L. Niccolai, Firenze, 1900).

Weber dott. P. e **Lake dott. R.** — *A case of acute Ménière 's symptoms in spleno medullary leucocithaemia.* — (Estratto dal Medico Chirurgical Transactions. Londra, 1900).

Zwaardemaker dott. H. — *Die Compensation von Geruch sempfindungen.* — (Estratto dagli Archiv. fur Anatomie und Physiologie. 1900).

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1901 — Tipografia Luigi Niccolai, Via Faenza, 44.

Anno XIX. Firenze, Aprile 1901. N. 4

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Istituto Oto-Rinoiatrico della R. Università di Napoli, diretto dal Prof. V. COZZOLINO

Rendiconto statistico del biennio 1898-99-1899-900

PER IL

Dott. OLIVIERO BARRAGO-CIARELLA (Aiuto)

I resoconti statistici di questo *Riparto* dell'Ospedale Clinico Universitario Gesù e Maria, che funziona dal novembre 1883, vengono col presente completati fino allo scorso anno scolastico.

Essi esprimono con le cifre tutto il movimento progressivo dei pazienti, e con la parte illustrativa il profitto che si è ritratto dalla loro osservazione che ha dato luogo a ricerche con indirizzo veramente moderno, di cui una parte sono note ai lettori del *Bollettino.*

I primi Resoconti dal 1883-87 e dal 1887-90 furono redatti e pubblicati dallo stesso Direttore (1), e i susseguenti dall'aiuto dott. R. Cimmino (2) e da me (3).

---

(1) *Bollettino delle scienze mediche;* Bologna 1887. *Gazzetta medica delle Puglie;* Bari, 1890.

(2) *Raccoglitore medico di Forlì;* Forlì 1893. *Resoconto per gli anni scolastici 1890-93. Bollettino per le malattie dell'orecchio, del naso e della gola;* Firenze, 1896.

(3) *Bollettino per le malattie dell'orecchio, del naso e della gola;* Firenze, 1896. Idem. Firenze, 1901.

Dando uno sguardo puramente sommario a queste periodiche pubblicazioni, più o meno variamente esposte ed estese, risulta subito l'aumento considerevole dei malati, che altra volta trascuravano tali malattie o si affidavano alle solite cure empiriche, con quali danni a tutti è noto.

Questo ambulatorio nella città più popolata d'Italia, a cui convengono da secoli una grande parte dei pazienti di tutte le provincie meridionali, se fosse provvisto dal Governo dei mezzi ospitalieri, di cui oggi tutti riconoscono l'urgenza per le nostre branche chirurgiche, certo darebbe cifre molto più salienti. Ma sommando solo il totale dei malati indicato nei suddetti *Resoconti* nella rubrica dei singoli apparati lesi troviamo che dall'anno scolastico 1883-84 a quello 1899-900, si sono curati 11819 pazienti, di cui per malattie dell' *apparato uditivo.*

Mastoidotomie					
20	Anni	scolastici	1883-87	N.	629
9	»	»	87-90	»	377
27	»	»	90-93	»	832
39	»	»	93-96	»	1590
68	»	»	96-98	»	1290
75	»	»	98-900	»	1326
238			Totale	»	6044

delle ***prime vie respiratorie*** (naso e sue cavità primarie e secondarie, faringe ecc.).

Anni	scolastici	1883-87	N.	1141
»	»	87-90	»	717
»	»	90-93	»	867
»	»	93-96	»	1022
»	»	96-98	»	998
»	»	98-900	»	1030
		Totale	»	5775

Tra le 238 mastoidotomie vanno comprese quelle radicali, quelle per ascessi latero-cervicali otitici, per ascessi ipodurali cerebrali medi e specialmente cerebellari, per osteoperiostite dei tavolati interno e superiore, per trom-

boflebiti del seno laterale ecc., come risulta dalle pubblicazioni all'uopo fatte dal mio professore, tra cui ricordo quella del 1898 in questo *Bollettino: Su alcuni operati per tromboflebiti primitive dalla giugulare, del seno laterale e per ascessi ipodurali cerebrali e cerebellari otitici*, ed un' altra che è in corso di pubblicazione.

È mio dovere far rilevare che per tutta quest'opera di carità ospitaliera e d' insegnamento nè il Governo, nè le Amministrazioni locali hanno fin oggi contribuito in nulla e tutto fu provveduto, compresa l' istallazione dello Ambulatorio e del Gabinetto per ricerche, dal mio maestro prof. Cozzolino, cui auguro di cuore non sia lontano il giorno in cui il Ministro della pubblica istruzione vorrà considerare questi insegnamenti e quest'opera ospitaliera con la stessa benevolenza che da tempo lontano viene accordata ad altri di eguale importanza pratica e scientifica.

Le tesi di laurea svolte in questo biennio furono nel 1898-99:

1. Cavallaro Giuseppe — I corpi estranei nelle cavità auricolari — Approvato con punti 80.
2. De Blasio Roberto — Tubercolosi dell' apparato uditivo — Approvato con punti 100.
3. Purcaro Francesco — Ricerche anatomo-patologiche sulle cavità auricolari dei neonati e dei lattanti, con l'esame di 24 temporali. Approvato con punti 105.
4. Gualano Cesidio — Nevrosi circoscritte diffuse e generali otitiche — Approvato con punti 100.
5. Lucchesi Carlo — Etiologia e patogenesi otitica delle infezioni intracraniche collaterali e generali — Approvato con punti 105.

Nel 1899-900:

1. Bonelli Giovanni — Il colesteatoma delle cavità auricolari medie. — Approvato con punti 100.
2. Alfio Martelliti — La tubercolosi del temporale nei bambini — Approvato con punti 100.
3. Costa G. B. — Le possibili sindromi oculari infettive e riflesse nelle otopatie specialmente essudative acute e croniche e loro esiti — Approvato con punti 100.

4. D'Alessandro Giuseppe — I tumori maligni del padiglione dell'orecchio — Approvato con punti 95.

5. De Stefano Oreste — La chirurgia della membrana timpanica e suoi annessi nelle otopatie medie essudative e adesive — Approvato con punti 100.

Gli ammalati osservati nel biennio furono n. 2356; di cui per malattie dell'orecchio n. 1326; del naso n. 688; della gola n. 342.

Malattie dell'orecchio.

Padiglione	Arresto di sviluppo 4 Eczema 19 Ragadi 16 Erisipela 2 Epitelioma 2 Ateroma 2
Condotto uditivo	Dermatite 66 Furuncolosi 39 Atresia 1 Turaccioli di cerume 145 Corpi estranei 40 Esostosi 3
Membrana timpanica	Ferite 16 Miringite acuta 24 » cronica 53 Infiltrazione calcarea 20
Cassa timpanica	Congestione acuta 26 Catarro cronico 40 Sclerosi 71 Infezioni acute suppurative 135 » croniche 334 » » con granulaz. e polipi 75 » con carie delle ossicine 31 Corpi estranei 30 Ferite d'arma da fuoco 4
Regione mastoidea	Endomastoidite acuta 10 » cronica 33 » cronica con carie 15 Mastoidite di Belzold 4 Colesteatoma 3 Ferita d'arma da fuoco 1

Diffusioni endocraniche	Meningite 4 Ascesso subdurale 2 Trombo-flebite del seno laterale e della giugulare 2 Trombo-flebite primitiva del golfo della giugulare 1 Ascesso cerebrale 1
Orecchio interno	Sindrome di Menière 12 Esiti di sifilide 8 Esiti di malattie infettive varie 21 Esiti di mening. cerebro-spinale 9 Emorragie del labirinto 2.

Operazioni eseguite

Incisione di furuncoli — Resezione di esostosi — Rimozione di corpi stranieri — Miringotomie — Miringectomie — Raschiamenti di granulazioni della cassa e del condotto — Estirpazione di polipi — Estrazioni di martello — Estrazioni di martello e d'incudine — Mastoidotomie semplici — Mastoidotomie radicali isolate e seguite da craniotomie per svuotamento d'ascessi subdurali.

Età degli ammalati d'orecchio

Anni	Maschi	Femmine	Totale
0 = 2	28	18	42
3 = 10	41	14	59
11 = 20	310	319	639
21 = 30	254	188	442
31 = 40	78	15	93
41 = 50	16	21	37
51 = 60	10	»	10
61 = 70	3	1	4
	750	576	1326

Malattie del naso

Dermatite delle pinne 96. Eczema 41. Acne 3. Ragadi 75. Erisipela 3. Corpi estranei 38. Rinite acuta 24. Rinite cronica 63. Rinite atrofica 45. Fibromi edematosi 31. Polipo emorragico 1. Rinolitiasi 2. Lupus 3. Papilloma 5.

Fibro-sarcoma 6. Epitelioma 3. Carcinoma 5. Ulcera del setto 10. Deviazioni del setto 91. Ematoma del setto 14. Esostosi del setto 69. Frattura del setto 14. Sifilide terziaria dello stesso 46.

Operazioni eseguite

Apertura d'ascessi del setto — Rimozione di corpi estranei — Estirpazione di polipi — Estirpazione di mucosa dei turbinati — Turbinatomie parziali e totali — Estirpazione di tumori — Resezione di ipercondrosi, d'esostosi stenosanti, del setto — Punture galvanocaustiche.

Età degli ammalati di naso

Anni	Maschi	Femmine	Totale
0 = 2	7	4	11
3 = 10	18	9	27
11 = 20	74	24	98
21 = 30	152	80	232
31 = 40	109	81	190
41 = 50	63	27	90
51 = 60	11	7	18
61 = 70	14	7	21
71 = 80	1	7	1
	449	239	688

Malattie della gola

Faringe e Cavo naso-faringeo:
- Faringite acuta 20.
- » cronica 31.
- » secca 18.
- Ascesso latero-faringeo 9.
- Sfilide 10.
- Prolasso dell'ugola 9.
- Fibroma naso-faringeo 2.
- Vegetazioni adenoidi 80.

Tonsille:
- Tonsillite acuta 14.
- » cronica 35.
- Ipertrofia delle tonsille 27.
- Ascesso 14.
- Flemmone 15.
- Infiltrazione gommosa 19.
- Difterite 3.

Laringe	Laringite catarrale acuta 8. » » cronica 9. » tubercolare 5. » sifilitica 7. Voce euconoide 3. Paralisi delle corde vocali per aneurisma dell'aorta iniziale 2. Insufficienza respiratoria per compressione della trachea da aneurisma dell'aorta iniziale 2. Carcinoma 1. Fibroma 1.

Operazioni eseguite

Raschiamenti — Svuotamento d'ascessi retrofaringei e tonsillari — Tonsillotomie — Resezione delle ipermegalie dell'ugola — Raschiamento della tonsilla faringea ed estirpazione di vegetazioni adenoidi — Estirpazione di tumori benigni del cavo naso-faringeo.

Età degli ammalati di gola

Anni	Maschi	Femmine	Totale
0 = 2	10	6	16
3 = 10	4	5	9
11 = 20	35	40	75
21 = 30	61	54	115
31 = 40	37	23	60
41 = 50	29	14	43
51 = 60	16	5	21
61 = 70	3	»	3
	195	147	340

Alcuni dei casi più importanti osservati nel biennio furono pubblicati estesamente. Alcuni altri sono in istudio e sarà di loro riferito in seguito. In questo resoconto tengo a richiamare l'attenzione sulle seguenti osservazioni piene di interesse.

Osservazione I.

Suppurazione cronica della cassa timpanica — Polipo — Estrazione — Periflebite giugulare — Piemia (?) — Guarigione.

A. E., d'anni 38, da Casoria, sofferente da 6 anni da suppura-

zione delle cavità medie auricolari di sinistra. Negli ultimi tempi fu assalito da vertigini. Impressionato da questa nuova sindrome, si presentò in ambulatorio. E' un uomo di sviluppo scheletrico regolare, d'aspetto alquanto sofferente, con scarso pannicolo adiposo, senza malattie pregresse degne di essere rilevate. Nel momento dell'osservazione è lievemente vertiginoso. La vertigine s'accentua se s'invita l'ammalato a voltarsi. Il condotto uditivo esterno è pieno di pus, tolto il quale scopro la profondità occupata da un polipo della grandezza e della forma di una doppia lenticchia. Non esistono apparenti modificazioni nella regione mastoidea.

Seduta stante, previa disinfezione e cocainizzazione, esporto il polipo con l'ansa fredda. Tamponamento e fasciatura.

Quarantotto ore dopo l'ammalato ritorna in ambulatorio con vomito, vertigini. lieve cefalea lateralizzata alla parte ammalata. Il tampone della cassa colorato di sangue, è secco. La cassa è vuota di pus. La regione mastoidea, indolente alla pressione, è normale; solo l'estremità dell'apofisi è lievemente dolente. Il margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo edematoso, è dolente. Il solco è scomparso e la giugulare non si percepisce all'esplorazione. Il vomito è continuo e deprime l'ammalato per la sua grande frequenza. La temperatura 38,2. L'ammalato nella notte precedente ebbe un forte brivido di freddo e quindi febbre di cui non sa precisare l'intensità.

Nella supposizione d'aver a che fare con una periflebite della giugulare per diretta infezione della cassa timpanica; proposi alla famiglia l'adeguato trattamento che non fu accettato e mi fu ricondotto, all'Ambulatorio, l'ammalato soltanto cinque giorni dopo. Perduravano localmente gli stessi fatti. Dalla cassa timpanica gemeva poco pus. La regione dello sterno-cleido-mastoideo era sempre dolentissima e tumefatta. I brividi di freddo erano diventati conquassanti, e si susseguivano l'un l'altro; la temperatura dopo di questi s'elevava a 40° c. e oltre. L'ammalato giaceva a letto completamente estenuato e sebbene lo giudicassi in condizioni gravissime, tuttavia riproposi di operarlo, riservando maggiormente la prognosi. Ma la famiglia non si persuase. L'ammalato fu per lungo tempo perduto di vista.

Tre mesi dopo egli comparve in ambulatorio completamente guarito; soltanto lungo il terzo inferiore dello sterno-cleido-mastoideo esisteva un pacco di glandole tumefatte, dure, indolenti, della grandezza di una grossa noce. Dalla cassa timpanica gemeva sempre un po' di pus.

Dopo quest'ultima apparizione, non fu più riveduto.

Osservazione II.

Suppurazione cronica delle cavità medie auricolari — Tentativi di maistodotomia dei tavolati esterno ed anteriore — *Enorme sviluppo del seno sigmoideo.*

Art.... di anni 28, da Napoli; sofferente da 12 anni di suppurazione delle cavità medie auricolari, si presentò in ambulatorio il 25 giugno 1900. E' una ragazza normalmente conformata, senza precedenti gentilizi, senza notevoli malattie pregresse. Ha il cranio leggermente dolicocefalo, senza apparenti deformità.

Deterso il pus che occupa il condotto uditivo, appare la membrana timpanica largamente perforata nel suo segmento antero-inferiore. Dalla perforazione si scorge la mucosa della cassa tumida, ma senza granulazioni. Il manico del martello appare ispessito e con la specillazione si riconosce rugoso. Medicatura asettica secca.

10 luglio. Stato precedente. Rimozione del martello. Al momento della discesa della testa del martello, s'ha discreto scolò di pus dell'attico. Il martello è cariato.

15 luglio. La garza di drenaggio continua ad essere bagnata di pus. L'ammalata, riluttante ad accettare un atto operativo radicale; fu semplicemente medicata fino al 27 novembre.

27 novembre. Si procede alla mastoidotomia.

Divisi i comuni tegumenti, distaccato il periostio, si scopre largamente un apofisi poco sviluppata. Fatta saltare qualche scheggia del quadrante antero superiore, si cade sul seno laterale, senza ferirlo. Allargata la breccia con qualche colpo di sgorbia, si scopre sempre il seno laterale. Demolita la parete posteriore del condotto nell' intento di aggredire l'antro per questa via, si scopre ancora il seno laterale.

Nella collezione anatomo-patologica dell'Istituto, esiste un temporale, il quale presenta appunto un enorme sviluppo del solco sigmoideo. Questo, oltre alla anormale larghezza che presenta, si spinge verso l'esterno, occupando tutta l'apofisi, la di cui corticale è ridotta a una lamina sottile. Gran parte dello spazio che d'ordinario è occupato dalle cellule mastoidee, che in questi casi possono mancare del tutto, esistendovi solo un piccolo antro, è occupato dal solco quindi i due tavolati mastoidei interno ed esterno sono ravvicinati. Si comprende come in quel caso il seno laterale sviluppatissimo, occupasse tutta la regione nella quale, come nel caso dell'operata, la sottilissima, ma compatta corticale, ricopriva questo, che potrebbe chiamarsi un pregolfo della giugulare.

L'atto operativo fu limitato a una semplice Stake — atticotomia. L'ammalata è in via di guarigione.

Osservazione III

Suppurazione cronica delle cavità medie auricolari. *Nistagmo*.

A. E. si presentò all'ambulatorio il 20 marzo 1899, perchè sofferente fin dall' infanzia di suppurazione cronica dell'orecchio sinistro. E uomo d'anni 38 senza precedenti gentilizi notevoli, ben nudrito e di regolare sviluppo scheletrico.

L'orecchio destro è sano. Dal condotto uditivo esterno di sini-

stra geme alquanto pus. La regione mastoidea è indolente e apparentemente normale.

Deterso il condotto, si scopre la membrana timpanica largamente perforata nei quadranti inferiori. La mucosa della cassa è tumefatta, ma non granulante.

L'ammalato racconta che in questi ultimi tempi, avendo un senso di fastidio nell'orecchio, soffregando il meato uditivo esterno, come si suol fare, col dito mignolo, s'accorse che il globo oculare corrispondente all'orecchio ammalato, si muoveva spasmodicamente, fatto questo che poteva ripetere ogni qualvolta ne avesse volontà. Invitato a mostrarmi quanto asseriva, vidi che realmente egli non introduceva il polpastrello nel meato uditivo, ma premendo semplicemente al di sopra del trago e al di sotto del margine inferiore della radice dell'apofisi zigomatica, con una certa energia, si produceva un magnifico nistagmo orizzontale del globo oculare sinistro. Tanto le iniezioni detersive nella cassa, quanto l'introduzione di stuelli d'ovatta, o della garza di drenaggio, rimanevano senza effetto. Cessata la pressione, cessava il fenomeno.

L'ammalato, domiciliato a Capua, non fu più riveduto se non 8 mesi dopo. Quando si ripresentò in ambulatorio era portatore d'un ascesso paramastoideo da endomastoidite, con dolori e seria sindrome febbrile. Il nistagmo, secondo egli mi riferì, non era ricomparso da più mesi. Invitato a provocarlo, come già fece la prima volta, non vi riuscì. Sono casi del resto, oramai conosciuti e che il Laurens di Parigi in quest'ultimi tempi raccolse in un interessante monografia sulle *relazioni tra le malattie dell'orecchio e quelle dell'occhio.*

Osservazione IV

Suppurazione cronica delle cavità medie auricolari. Mastoidotomia *Pseudo-nevrite ottica simulante la sindrome locale della trombosi del seno cavernoso.* Guarigione.

Val. di G. d'anni 18, da Napoli. Si presentò in ambulatorio il 15 maggio 1900, perchè da anni sofferente alternativamente di scolo continuo di muco dal naso e senso di chiusura. E' un giovane discretamente sviluppato, linfatico, con molto pannicolo adiposo e vecchie cicatrici per asportazione di glandole tubercolari nella regione laterale del collo. Oltre di ciò nulla di notevole nell'anamnesi. La mucosa rivestente i turbinati inferiori è completamente degenerata, segregante abbondantemente. Seduta stante fu asportata con le forbici. La fossa nasale zaffata.

La medicatura è rimossa il giorno dopo. Nulla di notevole. L'ammalato solo allora disse d'essere da anni sofferente all'orecchio sinistro. Il condotto uditivo è infatti nella sua profondità ripieno di pus, deterso il quale apparisce la mucosa della cassa tumida e granuleggiante. La regione mastoidea è apparentemente normale.

Raschiamento della cassa e drenaggio.

L'indomani nuovamente esisteva nella cassa, misto a sangue, poco pus.

L'ammalato fu tenuto in osservazione fino al 29 maggio. Le fosse nasali intanto erano completamente guarite; gli furono prescritte iniezioni della soluzione iodo-iodurata alla Durante, tenendo presente il suo stato generale. Dopo 5-6 di queste si manifestò un turgore e rossore della regione mastoidea da richiedere un taglio alla Wilde, che con meraviglia dello stesso professore che l'operò, mise allo scoperto una larga breccia necrosata del tavolato esterno della mastoide, rimasta subdola, indolente, nè secregante fin allora. Asportate le zone necrosate si termina con una generosa mastoidotomia. Questa fu praticata il 30 maggio, in narcosi cloroformica; l'antro mastoideo si riscontrò ripieno di fungosità. Come già dissi nulla all'esame esterno poteva far supporre simile reperto.

Indubbiamente furono le iniezioni iodo-iodurate che fecero scoprire tale focolaio subdolo di periostite con necrosi estesa del tavolato esterno della mastoide, e giustamente il professore pensa tener presente questo fatto per poterlo elevare possibilmente a *mezzo diagnostico* nei casi dubbî di endomastoidite senza obiettivo interessamento dei tavolati esterno od anteriore.

Nei susseguenti giorni il paziente non presentò alcun fatto degno d'essere rilevato. Lo scolo purulento dal condotto uditivo era cessato. La cassa appariva detersa; la breccia retroauricolare s'andava rapidamente riducendo, quando il 19 giugno, egli notò improvvisamente disturbi visivi. Diceva di non distinguere chiaramente gli oggetti, di vederli come ricoperti da un velo.

Esisteva realmente un lieve esoftalmo. Nulla di notevole nella cassa timpanica e nella mastoide in via di completa riparazione cicatriziale. Temperatura normale. Nulla dal lato della statica.

L'esame oftalmoscopico praticato lo stesso giorno 19, dal prof. De Vincenzi, rivelò:

$$O - D \quad V = {}^{1}/_{4}$$

$$O - S \quad V = \frac{4 + 5}{60}$$

Papilla da stasi bilaterale.

20 giugno. Temp. mattino 37,4. Sera 37,5.

$$O - D \quad V = {}^{1}/_{6}$$

$$O - S \quad V = {}^{1}/_{10}$$

Sottrazione sanguigna locale.

L'ammalato non presenta altri fatti notevoli. Sta a letto mal volentieri. Ha appetito.

Sottrazione sanguigna locale.

21 giugno. Temp. mattino 36,9. Sera 37,4.

Nessun fatto nuovo. Sebbene dall'anamnesi remota e dall'esame dell'ammalato non risulti nessun fatto che faccia sospettare una infezione celtica, inizia per precauzione una cura mercuriale. (Iniezioni intramuscolari di sublimato corrosivo).

25 giugno. Temp. mattino 36,6. — Sera 36,9.

$$O - D \text{ con } l + = 1 D \ V = {}^1/_6$$

$$O - S \text{ con } l + = 1 D \ V = {}^1/_8$$

Si ha un miglioramento nella vista. A sinistra si nota una lieve diminuzione del turgore delle vene retiniche. Nella cassa timpanica nulla assolutamente. La ferita retroauricolare di molto ridotta, si va rapidamente cicatrizzando.

8 luglio. Durante questo periodo di tempo, nulla di nuovo. L'ammalato fu sempre apirettico. Non volle restare a letto; non continuò le iniezioni di sublimato, che sospese dopo la quarta.

$$O - D - E \ V = {}^1/_2 \text{ circa}$$

$$O - S - E \ V \ {}^1/_3$$

L'ammalato è molto migliorato. La stasi delle vene retiniche è sensibilmente diminuita. Sensibilmente diminuita la tumefazione papillare. Tuttavia le papille sono ancora tumide, sebbene meno torbide, specialmente quella di destra; ancora vi sono nei pressi di queste, chiazze emorragiche ed in ambedue i lati si vedono strie raggiate degenerative nella regione maculare.

16 agosto. Cessata in tutto la stasi. Il paziente ha riacquistato gran parte del suo primitivo potere visivo.

Nei primi giorni di settembre l'ammalato, completamente cicatrizzata la breccia retroauricolare, si congedò guarito.

L'apparente grave sintomatologia rivelata dall'oftalmoscopio, era in rapporto al certo non con una trombosi dei seni cavernosi, ma di puri disturbi vasomotori-angionevrotici anche per l'assoluta mancanza della nota sindrome generale che in tali casi non suole mancare di precedere e susseguire. La trombosi è da escludersi se si tiene conto oltre che del decorso, del modo di risolversi e dell'esito.

Fra i due organi dell'audizione e della visione esistono stretti rapporti vascolari e nervosi. La letteratura è oggimai ricca di esempi dimostranti questo intimo nesso, tanto anatomico, che fisiologico e fisiopatologico.

L'esoftalmo, la papillite da stasi, la diminuita potenza visiva possono attribuirsi ad una ritardata circolazione nella oftalmica, con edema consecutivo nel territorio di questa, per azione nervosa riflessa, la quale inducendo una vaso-dilatazione può avere costituito il substrato di un edema neuropatico angionevrotico nel territorio dal quale assume il sangue?

Questo caso non comune va compreso nella casuistica delle *nevriti ottiche da otiti medie piogene e loro complicanze*, d'origine nevrotrofiche, su cui si trova un capitolo nella già citata monografia del Laurens.

Osservazione V.

Rinoxilolito della fossa nasale sinistra.

P. Ca.... d'anni 50, di Bari, si presentò il 20 maggio 1900 perchè sofferente di scolo muco-purulento dalla fossa nasale sinistra.

È uomo d'alta statura, ben portante e fu sempre sano. Egli fa risalire la sua malattia a molti anni prima, senza saperne precisare la data, senza sapere determinare un momento causale. Dice che in quest'ultimi tempi all'essudazione s'aggiunsero dolori nella fossa nasale sinistra, a volte localmente lancinanti, a volte irradiantisi alla rispettiva porzione frontale.

All'esame si riscontra: naso aquilino, alquanto tumefatto subito al di sotto dell'osso nasale di sinistra. La fossa nasale è occupata da molto muco in parte fluido, in parte rappreso. Deterso, appare un corpo estraneo voluminoso, d'aspetto nerastro, occupante il pavimento della fossa nasale. Costretto fra cornetto inferiore e setto, arriva in corrispondenza del margine inferiore del cornetto medio. I due meati inferiore e medio sono occupati dalla stessa massa.

Questo corpo specillato si rivela immobile. Il setto nel punto corrispondente è spinto verso il lato opposto, e la fossa nasale destra è diminuita in basso di calibro, per tale deviazione. Da questa parte la mucosa rivestente il cornetto inferiore è ipertrofica.

Diagnosi. Rinolito della fossa nasale sinistra.

Fu estratto dopo averlo mobilizzato. Era costituito da un accumulo di concrezioni calcaree nerastre stratificate intorno a un pezzo di legno di due centimetri di lunghezza e di grossezza maggiore di un comune manico di penna.

Al sentir dire di che era composto il suo rinolito, l'ammalato ricordò che nell'età di 15 anni, scherzando con gli amici, ricevette una puntata di bacchettina, di ramo di albero, nella fossa nasale sinistra. Seguì al trauma abbondante emorragia; ma le cose rapidamente si reintegrarono ed egli si ritenne guarito. In seguito le sofferenze ritornarono, per lenire le quali fu sottoposto a varie cure generali e locali, senza farle precedere mai da un accurato esame rinoscopico e com'era naturale non ne riportò alcun positivo vantaggio o sollievo duraturo.

Non poteva supporre che la sua fossa nasale ospitasse un tale corpo estraneo da 35 anni!

Per non fare inutili ripetizioni rimando il lettore al precedente resoconto statistico *(Boll. per le malattie dell'orecchio, del naso e della gola*, Firenze 1900), per quanto riguarda l'indirizzo igienico, terapico-farmaceutico e clinico-operativo, nello scopo della profilassi e di conseguire la guarigione assoluta e relativa, per quanto ci è dato nel più breve tempo possibile, come è dovere dell'otologo, rinologo e di tutti i cultori di branche chirurgiche, che oggi più che mai dovrebbero ispirarsi al *cito*, *tuto* e non abbandonarsi alle pure cure farmaceutiche, che in generale non possono risolvere che lesioni semplici.

È solo l'illuminata pratica data dalla conoscenza precisa della tecnica operativa, che dà tale nota odierna al cultore di queste discipline e cioè di dirigere e svolgere la cura dal punto di vista fisio-patogenetico e non limitarsi alla sola cura sintomatica locale. Ciò dico specie per le malattie auricolari a membrana intatta, sindromi delle affezioni nasali e retronasali croniche, nelle quali urge come prima indicazione quella meccanica, cioè di risolvere il problema del ridotto calibro di queste cavità, per la libera circolazione dell'aria che dà la vita funzionale all'orecchio medio, detto *respiratorio* dal prof. Cozzolino, e non limitarsi alla solita terapia inefficace del cateterismo, quando manca la permeabilità naturale specialmente del meato inferiore negli adulti, della coane e del cavo naso faringeo specialmente nei bambini.

RASSEGNE

1. **La palpazione esteriore della regione tonsillare**; per il dott. Cesare Minerbi. — Lo studio fatto dal valente medico dell'Arcispedale di S. Anna è importantissimo per la pratica tanto del laringologo, quanto del pediatra.

Avviene spesso che per quanti tentativi si facciano in tutte le maniere non sia possibile esaminare le fauci ad un bambino, quindi l'avere un segno esterno, che in un piccolo febbricitante ci faccia avvertiti della esistenza di una infiammazione acuta delle fauci, è certamente molto importante.

Secondo il Minerbi questo segno consiste in un gonfiore che precocemente, in ispecie nei casi di difterite, comparisce *in quel punto corrispondente del triangolo superiore del collo, che è situato tra l'angolo della mascella, il margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo e il gran corno dell'osso ioide.* L'A. afferma che in venti anni di esercizio non solo nella difterite, ma in tutte le affezioni tonsillari acute dei bambini, all'apparire della febbre si trova *sempre* presente l'ingorgo di tale ganglio. (1)

(1) Bisogna guardarsi dal confondere col ganglio amigdalico di Chassaignac, scrive l'A., un altro ganglio assai più ssperficiale e mobile che si trova nella fascia superficialis subito al disotto dell'angolo della mandibula ed a cui perverrebbero, secondo la sua osservazione, i linfatici della gengiva e del secondo piccolo molare dello stesso lato.

Alcuni hanno creduto che questa intumescenza che si palpa, sè diligentemente ricercata, anche dall'esterno fosse dovuta alla tonsilla stessa rigonfiata per l'infiammazione, ma per le ricerche istituite dall'A. sui cadaveri ciò è escluso, trattandosi del vero e proprio *ganglio amigdalico* di Cassaignac.

Un giorno o due dopo la comparsa della febbre, se questa è in rapporto con una affezione tonsillare, nei soggetti linfatici, o nelle forme molto acute, appare pure ingorgato un secondo gruppo ganglionare, che l'A. chiama *gangli amigdalici inferiori*, immediatamente all'esterno del gran corno corrispondente dell'osso ioide: gruppo ganglionare che, cessata la febbre, scomparisce dopo alcuni giorni e prima dell'ingorgo del ganglio di Cassaignac.

Il Minerbi, dopo diligenti osservazioni fatte, conclude che i gangli amigdalici si trovano anatomicamente separati dagli altri gangli linfatici, e descrive con chiara dimostrazione topografica in che consiste e da quali tessuti è fatta questa separazione.

L'ingorgo di questi gangli è in rapporto inverso colla età del malato e in rapporto diretto coll' « abito linfatico » e colla violenza dell'affezione tonsillare. V. G.

2. **Importanza delle tonsille nella etiologia della poliartrite reumatica?** — In un articolo intitolato: « Attualità scientifiche » pubblicato dal prof. E. Maragliano nella *Gazzetta degli Ospedali*, del 10 Marzo 1901, leggiamo a tal proposito alcune notizie che interessano indubbiamente i cultori della laringologia, e possono suggerire studi e ricerche per rischiarare l'oscura genesi delle affezioni articolari.

L'articolo in parola si riferisce a studi recentissimi fatti da Meyer, nella clinica di Leyden, e da Menzer nella clinica di Senator. Le ricerche di Leyer (*Deutsch. mediz. Woch.*) si riassumono in queste conclusioni: « Dalla patina di tonsille affette da flogosi, si ottengono culture di microrganismi, i quali valgono a determinare negli animali inferiori forme articolari. Tali microrganismi rappresentati da streptococchi, determinano essudati sieropurulenti, senza necessità di dare setticemie, e talora con sterili essudati articolari. La grande affinità che tale streptococco dimostra per le sierose rende probabile il nesso patogeno ».

Il Menzer (*Deut. med. Woch.*, 6) ha praticato contemporaneamente una serie di ricerche pressochè identiche, valendosi pure di materiali presi dalle tonsille di persone affette da tossicità semplici e con resultati analoghi a quelli di Meyer, ma con conclusioni più larghe. Egli si domanda: nel reumatismo articolare acuto si tratta sempre di un unico agente patogeno, che anche negli animali di esperimento riproduce il reumatismo articolare, ovvero questo potere appartiene anche ad altri microrganismi? *I microrganismi esistenti nelle tonsille sarebbero per avventura provvisti di tal potere?*

Nel seguito dell'articolo il prof. Maragliano riferisce la discussione che seguì a queste comunicazioni, discussione a cui partecipò

anche il Wassermann, che nel 1898, insieme a Malkoff ed a West. phal, isolava un microrganismo a forma streptococcica, il quale iniettato negli animali, riproduceva lesioni articolari multiple acute.

L'A. giustamente scrive, dopo altre considerazioni, che raschiare la superficie delle tonsille, isolarne uno streptococco e dimostrare che le culture sue inoculate agli animali producono delle artriti, non è davvero un indirizzo atto a chiarire la etiologia della poliartrite reumatica.

Il prof. Maragliano termina l'interessante rassegna ricordando gli studi fatti nella sua clinica nel 1895-96 da Dagnino e Lucatello, i quali con una lunga serie di esperimenti dimostrarono l'esistenza nell'organismo dei soggetti con reumatismo tipico di un microrganismo specificamente patogeno. V. G.

3. **Un caso di leucemia acuta d'origine tonsillare**; pel prof. Gherardo Ferreri. — É noto che nella leucemia linfatica si può osservare l'ipertrofia delle tonsille palatine, faringea, linguale ed anche del timo sia contemporaneamente, sia in seguito alla tumefazione dei gangli linfatici superficiali e profondi ; ma è molto raro che la leucemia si inizii nelle tonsille palatine sotto forma di un enorme tumefazione, e solo in seguito invada i ganglii, i tessuti ed il sangue. La letteratura laringologica è molto povera ed un po' confusa riguardo a quest' affezione ed il caso interessantissimo e molto istruttivo pubblicato dall'A. può rischiarare qualche punto oscuro della leucemia tonsillare.

Osservazione. Donna di 34 anni, moglie di un sifilitico, si presenta il 9 luglio 1900. Nulla nell'anamnesi remota, non ebbe mai alcuna manifestazione specifica.

Si lagna di mal di gola da 7 giorni, disfagia e difficoltà respiratoria. Ebbe da poco abbondanti perdite uterine, e da 24 ore enterorragie, dolori addominali, leggere epistassi. Paziente molto depressa, madida di sudore; presenta edema delle estremità inferiori, temperatura inferiore alla normale, polso debole frequente. Regione gastrica dolente alla pressione, frequenti eruttazioni, vomiti e diarree sanguinolenti, irrefrenabili. Fisionomia spaventata, violento stato di eccitazione nervosa. Soffio sistolico anemico alla punta e sulla giugulare rumore di galoppo. Il fegato oltrepassa leggermente l'arco costale; la palpazione non rileva assolutamente tumore splenico. Non adenopatia epitrocleare, nè inguinale, bensì ingorgo dei ganglii cervicali laterali.

Le tonsille, enormemente tumefatte, ostruiscono quasi completamente l'istmo delle fauci, nascondendo il velo e l'uvula; l'aspetto è muriforme, ricoperte da uno spesso strato di muco il colore è rosso violaceo intenso, non si vedono ulcerazioni di sorta. Nel punto in cui le tonsille vengono a contatto, la sinistra presenta una grossa macchia emorragica del diametro di un soldo; la consistenza è elastica nessun dolore al tatto.

Notevoli sono numerosi puntini emorragici sulla volta palatina

e sulla faccia interna delle guancie; le gengive sono umide sanguinolenti.

Quantunque la grave minaccia di soffocazione consigliasse l'ablazione immediata, l'A. trattenuto dall' insolito aspetto clinico, volle prima di tutto diagnosticare la natura precisa dell'affezione, e limitò per il momento la terapia ad ingestione di ghiaccio, iniezioni d'ergotina, e clisteri alimentari. Il giorno seguente tutti i fenomeni sopradescritti s'erano aggravati, inoltre notavansi sull'addome tre o quattro larghe chiazze ecchimotiche, ed altre lenticolari sul tronco e sulle estremità. Malata agitatissima, lamenta vertigini e sensazioni acustiche di suoni metallici; la sensibilità ed il sensorio sono integri. L'esame del sangue, fatto dal prof. Bignami, rileva un enorme quantità di globuli bianchi, quasi tutti mononucleati, colla struttura tipica dei linfatici piccoli e grandi; rari linfociti polimorfi, qualche eosinofilo. I globuli rossi sono in numero normale, ma pallidi e di forma irregolare.

La malata va rapidamente peggiorando, malgrado si facciano varie iniezioni di gelatina; continua la diarrea sanguinolenta con grossi grumi, e si ripetono le eruzioni emorragiche lenticolari sulla pelle e sulle mucose.

Il 12 luglio morte, con sintomi di paralisi dei centri respiratori.

L'autopsia non venne concessa.

Si trattava dunque senza alcun dubbio di leucemia acuta, e parecchi sono gli argomenti che militano in favore dell'origine tonsillare. Anzitutto l'assenza di ogni tumor splenico escluderebbe l' origine lienale: poi l'adenopatia non si presentava abbastanza generalizzata all' insieme del sistema ganglionare per giustificare la diagnosi di una leucemia linfatica comune ad evoluzione lenta, giacchè si possono contare i casi della durata di qualche settimana o di pochi giorni (Ebstein). Si escluderà pure l'origine mielogenica sia perchè mai non vi furono dolori ossei, dello sterno o della colonna vertebrale, sia poi in special modo perchè la leucemia mielogena ha evoluzione più lenta.

Insomma, il carattere acutissimo dell'affezione, il suo insorgere simultaneo nelle due tonsille, il loro rapido aumento di volume, senza ulcerazioni superficiali, e senza aver oltrepassato il limite capsulare, la precoce manifestazione della cachessia fanno rientrare nettamente questo caso nella categoria dei linfomi detti maligni di Billroth, e della lesione conosciuta sotto il nome di malattia di Hodgkin, o con terminologia più moderna: linfadenia tonsillare leucemica (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, ecc. Dicembre 1900).

HAHN (Torino).

4. **Chiodo fissatosi nel bronchio destro da due mesi. Diagnosi colla radioscopia. Estrazione coll'elettro calamita**; pel dott. J. GAREL, in collaborazione col dott. GOULLIOUD, — Si tratta di un bambino di diciotto mesi che trastullandosi inghiottì un lungo chiodo. Ebbe subito un violentissimo accesso di soffocazione, ma esso non durò

a lungo e si calmò poco a poco, sinchè il respiro ridiventò completamente normale; in presenza di questo miglioramento spontaneo si suppose che il chiodo fosse penetrato nelle vie digerenti. Non vi fu più alcun sintomo allarmante, e non si diede più importanza al fatto. Il bambino però da quel momento tossiva assai spesso, e dopo circa un mese cominciò a dimagrare e ad indebolirsi tanto, che pareva fosse in preda ad un processo tubercolare di rapida evoluzione. Un medico che lo esaminò attentamente potè solo constatare una lesione dell'apice destro e la terapia fu diretta contro i sintomi bronchiali.

Erano già scorsi due mesi e lo stato del bambino si aggravava continuamente, quando venne incidentalmente narrato il caso all'A; questi, congetturando che forse il chiodo era proprio penetrato nelle vie respiratorie, anzi, date le lesioni dell'apice destro, nel bronchio destro, consigliò di fare una radiografia del torace del piccolo paziente. Si potè immediatamente verificare la presenza di un lungo chiodo, situato obliquamente nel torace nella direzione del bronchio destro, colla punta in basso e la capocchia in alto. Stante lo stato molto grave e la debolezza del bambino si giudica urgente l'operazione.

Praticata la tracheotomia sui primi anelli della trachea, ed introdotta la canula, il paziente, che respira bene, non fa alcun tentativo per rigettare il corpo estraneo: si constata che l'estremità inferiore della cannula è ben lungi dal giungere sino al corpo estraneo. Tolta la canula e divaricato il taglio, prima di tentare un'estrazione colle pinze, Garel pensa di provare un'elettro calamita di cui si era munito, quantunque avesse poca fiducia nella sua efficacia. Appena la punta della calamita è vicina all'apertura tracheale il chiodo si slancia dalla profondità del torace, e viene ad attaccarsi fortemente alla punta di essa!

L'andamento post operatorio fu normale e soddisfacente, la canula si potè togliere al quarto giorno, ed il bambino si ristabilì perfettamente.

Il chiodo è lungo 53 millimetri ed era coperto di ruggine.

L'elettro calamita fu costrutta sotto la direzione e per il dottor L. Dor per servire all'estrazione di pagliuzze di ferro dall'occhio; può portare circa 3 chilogrammi, e richiede solo 4 volts. Da alcune esperienze fatte risultò che la zona sua d'attrazione, per un chiodo delle dimensioni suddette, raggiungeva 6 cent.

La radioscopia permise dunque di far una diagnosi d'emblée e senza vedere il malato; fatta a tempo avrebbe evitato al paziente due mesi di deperimento progressivo. Però anche prima della scoperta di Röntgen sarebbe stato possibile, non solo l'affermare con certezza la presenza del corpo estraneo, ma anche il localizzare assai nettamente la sua posizione; e ciò sia facendo scorrere sul torace una bussola e disegnando sulla pelle i limiti e la direzione del corpo metallico mediante le deviazioni dell'ago, sia valendosi della bilancia

d'induzione di Hugues, colla quale si possono esplorare, senza introduzione di sonda, i corpi stranieri metallici impiantati nei tessuti, si può anzi determinarne la profondità, mediante preliminari esperimenti in vitro.

In quanto all'elettro calamita si vede facilmente di quanta utilità essa possa essere, trattandosi di oggetti metallici di ferro o d'acciaio; nel caso in parola rese facilissima l'estrazione, e ridusse al minimum i pericoli di un'operazione in cui sarebbe stato quasi impossibile il penetrare nel bronchio con istrumenti rigidi senza ledere la mucosa e dar adito a complicazioni post-operatorie.

L'A. crede che forse sarebbe stata possibile l'estrazione del chiodo anche senza tracheotomia, ed in caso analogo forse la tenterebbe.

Nell'occhio l'estrazione colla calamita di frammenti metallici nei tessuti viene spesso ostacolata dalla resistenza offerta da questi stessi tessuti: nel bronchio invece il corpo estraneo, essendo contenuto in una guaina di largo diametro, è generalmente libero, e la resistenza dei tessuti conta poco; quindi, coricando il malato si potrebbe con tutta probabilità condurre per mezzo della calamita il corpo metallico esattamente nel senso dell'asse bronchiale e tracheale sino alla glottide. Qui comincierebbero le difficoltà, che probabilmente si potrebbero evitare in modo quasi completo coll'anestesia generale; la testa sarebbe fortemente rovesciata all'indietro, per evitare la penetrazione nell'esofago, a facilitare l'estrazione colle pinze o colla stessa calamita. L'operatore potrebbe anche seguire sul fluoroscopio tutti i tempi dell'estrazione, agendo così in modo più preciso. È evidente che l'estrazione dei corpi estranei metallici dai bronchi e dalle vie aeree superiori sarebbe così enormemente facilitata e molto meno pericolosa.

Killian che nel 1898 preconizzò la sua cosidetta « broncoscopia diretta » pubblicò recentemente (1900) una nota per dimostrare i vantaggi del suo metodo nell'estrazione dei corpi estranei dei polmoni. A tal uopo si serve di un lungo speculum tubolare, illuminato elettricamente, per vedere in linea retta nelle ramificazioni dell'albero bronchiale; il tubo si dirige in modo che il bronchio principale si trovi nel diretto prolungamento della trachea. La broncoscopia diretta si può fare con o senza tracheotomia, questa però ne facilita l'applicazione. La sonda può scendere sino al 3° o 4° spazio intercostale e permette di vedere nei bronchi di 2° e 3° ordine. Killian applicò il suo metodo in quattro casi di corpi estranei, e potè estrarre un pezzo di pera che da quattro mesi e mezzo era incastrato nel bronchio medio del polmone destro.

Questo metodo non pare molto facile, e certo richiede una speciale abilità, però, trattandosi di oggetti metallici, ne faciliterebbe di molto l'estrazione colla calamita, che si farebbe scorrere lungo il tubo, conducendo così senza difficoltà il corpo estraneo al di fuori: sarebbe così soppresso l'ostacolo delle corde vocali ed evitati accessi di soffocazione forse mortali.

I corpi estranei dei bronchi sono un fatto molto grave, e la gravità di ogni caso varia secondo la natura del corpo, la sua situazione, la cura usata, e la durata della permanenza nei bronchi. Le statistiche di Gross, Kühn, Durham, indicano una mortalità del 35 per cento circa (i casi presi nel loro insieme senza tener conto della cura).

Quanto alla condotta da tenersi le norme principali date da Weits nel 1883 e riassunte da Max Schaeffer (Trattato di Heymann 1898) sarebbero:

Pericolosi i vomitivi e gli eccitamenti allo starnuto che accentuano i dolori senza probabilità di guarigione.

Capovolgere e scuotere il corpo del malato solo a trachea aperta.

Un corpo straniero della trachea non richiede invariabilmente la tracheotomia; questa si deve praticare subito solamente nei casi di minaccia di soffocazione, o se insorgono fenomeni infiammatori polmonari.

Praticata la tracheotomia, se il fatto è recente, ed il corpo subito espulso, è inutile lasciar l'apertura; se invece il caso data già da un certo tempo, e vi sono fenomeni d'infiammazione, conviene lasciar la canula fino a sparizione completa dei fenomeni irritativi, quand'anche il corpo sia stato rigettato immediatamente dopo l'operazione.

A più forte ragione si lascierà aperta la trachea se il corpo straniero non esce subito, perché sarà rigettato ulteriormente in uno spazio di tempo che varierà da qualche ora a qualche giorno. (*Annales des maladies du l'oreille, du laryný*, ecc. Febbraio 1901).

HAHN (Torino).

5. **Sui neoplasmi del seno sfenoidale**; pel prof. GHERARDO FERRERI. — L'A. completa coll'autopsia un'osservazione di fibro sarcoma del seno sfenoidale, già pubblicata nell'*Archivio Italiano di Otologia* (vol. III, fasc. IV).

Osservazione. — M. S., 60 anni. Nulla d' importante nell'anamnesi; si lamenta di ostruzione nasale da qualche anno. La rinoscopia posteriore e l'esplorazione digitale, svelano nella cavità un tumore duro, a superficie liscia, non sanguinante, impiantato sulla volta. L'elettrolisi, e l'asportazione di voluminosi frammenti non giovarono a nulla, il tumore recidivò invadendo tutta la faringe nasale e facendo sporgere in avanti il velo. In ottobre 1898 la disfagia si accentua, insorgono disturbi respiratori, poi poco a poco impossibilità di alimentazione, cefalea, dislalia, vertigini e deperimento generale. Oltre a ciò a destra lieve esoftalmo con ptosi della palpebra corrispondente: a sinistra movimenti bulbari normali, ma leggero nistagno intenzionale. Nulla di notevole all'esame oftalmoscopico, salvo leggero edema papillare e circumpapillare. Operazione in gennaio 1899, sotto anestesia locale: mentre si distaccano le aderenze al velo, lo strumento penetra in una cavità contenente sangue in parte coagulato; si curetta la cisti e se ne asportano grossi frammenti zaffandola poi con garza; una rilevante emorragia richiede la compres-

sione digitale del tampone per quattro ore. Venti giorni dopo nuova opèrazione: cocainizzazione della volta naso-faringea, dissezione del tumore col coltello galvanico ed estrazione con un grosso cucchiaio. Si riconosce che il tumore è impiantato alla base del cranio, molto più profondamente di quanto si sarebbe creduto, la cavità si riempie di garza al iodoformio. In capo a pochi giorni la malata può lasciar la clinica, facendosi medicare solo ambulatoriamente; il volume della cavità va man mano riducendosi, ed alla fine di aprile si sospende ogni cura. Divaricando i due lembi del velo si può esaminare direttamente il cavo, ove in vicinanza del margine superiore delle coane notasi un leggero rialzo della volta, nel mezzo del quale un seno fistoloso conduce ad una cavità a pareti scabre, profonda circa due centimetri.

L'esame istologico dimostrò che il tumore era costituito essenzialmente da tessuto connettivo fibroso, con qualche isola a struttura sarcomatosa e trama connettiva fibrosa poco sviluppata. Dette isole costituite da cellule più o meno grandi, con uno o due nuclei sferici od ovalari, talora di dimensioni considerevoli.

In certi punti del neoplasma infiltrati cellulari sparsi o confluenti. Rari vasi, ma vicino ad essi vaste infiltrazioni emorragiche. Diagnosi: Fibro-sarcoma del seno sfenoidale.

Per circa 5 mesi lo stato della paziente si mantenne soddisfacente, ma allora il tumore ricominciò a crescere ed in due mesi aveva già raggiunto il volume di un mandarino; era ricoperto da mucosa sana, di consistenza elastica, indolore al tatto, e toccava quasi la base della lingua impedendo ogni alimentazione solida.

Insorsero notevoli disturbi motori oculari, specialmente a destra; pronunciata anisocoria (p. D. $<$ S); pupille rigide alla luce ed all'accomodamento. Acuità visiva notevolmente ridotta; stasi papillare bilaterale. Protrusione della lingua non deviata; i masseteri sono quasi atrofizzati bilateralmente, e la paziente prova grande difficoltà ad aprire la bocca. La sensibilità tattile, dolorifica e termica diminuita sulla regione frontale e zigomatica destra, e così pure a destra sensibile diminuzione del gusto e dell'olfatto. La facoltà uditiva è diminuita bilateralmente, ma più specialmente a destra.

Nessun fenomeno psichico. Cachessia generale. L' 11 maggio 1900 sincope con emiplegia sinistra, morte improvvisa tre giorni dopo.

Autopsia. — L'incisione della dura, che si presenta assai tesa, dà esito a gran quantità di siero sanguinolento. Sollevando i lobi frontali si vede che fra la faccia cerebrale inferiore e la dura, in corrispondenza colla lamina cribosa dell'etmoide e la faccia superiore della piccola ala dello sfenoide esiste aderenza fra dura madre e cervello, inoltre nello spazio sotto durale della fossa cerebrale media destra vi è una certa quantità di sangue coagulato. La dura è profondamente alterata in corrispondenza della sinechia, e sotto di essa la sostanza ossea, usurata non offre resistenza. Sulla linea di sutura fra etmoide e piccola ala della sfenoide, vicino al forame ottico de-

stro, esiste nella dura una soluzione di continuo, irregolare, a margini frastagliati e vegetanti, attraverso a cui si penetra colla sonda in una vasta cavità, oltrepassata la quale lo strumento giunge alla volta naso-faringea.

Se le affezioni infiammatorie acute o croniche dello sfenoide sono ancora poco conosciute, e difficilmente diagnosticata confondendosi con quelle di altri seni, i neoplasmi di questa cavità sono per così dire ignorati dai rinologi.

Bosworth studiando attentamente i numerosi casi di lesioni sfenoidali pubblicate negli ultimi quattro anni, opina che vi fu spessissimo confusione con sinusiti etmoidali: in tutta la sua carriera vide solo due casi certi di lesione sfenoidale, e questi ebbero esito letale; vide invece più di 150 etmoiditi, che tutte, salvo una, ebbero più o meno giovamento dalla cura chirurgica.

Secondo lui le sinusiti sfenoidali sarebbero quasi sempre la conseguenza, o la complicazione di un' etmoidite ignorata; essendo sottilissima la parete di divisione fra questi seni è molto facile la propagazione di una neoplasia o di un processo infiammatorio.

Pare che le lesioni sfenoidali diano con frequenza origine a disturbi psichici, ma sarebbe poco sicuro il basarsi su di essi per diagnosticare una sinusite sfenoidale.

Attualmente non si conoscono ancora i segni caratteristici della sinusite sfenoidale probabilmente perchè è un affezione molto rara, e quasi mai indipendente, ma per lo più consecutiva a lesioni etmoidali.

Evidentemente la cefalea tenace, le vertigini, la cecità, la paralisi oculare, l'erosione della carotide, o di altri vasi, la trombosi, la meningite e l'ascesso cerebrale sono sintomi frequenti nel corso di lesioni sfenoidali, ma giunti a questo punto la diagnosi servirebbe a ben poco dal momento che ogni intervento sarebbe inutile.

Al giorno d'oggi la sola via indiretta ci permette una diagnosi probabile: se, escluse assolutamente lesioni etmoidali o frontali, si trova pus nella fessura olfattiva o sulla volta faringea; se la rinoscopia posteriore rivela un tumore sporgente, e se la sonda, introdotta obliquamente e per il punto medio del cornetto medio, raggiunge l'osso scabroso a 8 cent. dall'apice nasale, si potrà con ragione supporre una lesione sfenoidale.

L'A. crede che, progressando la radiografia, si finirà coll'avere in essa un ottimo mezzo di diagnosi, e che con un po' d'abilità e numerosi mezzi di controllo si potrà determinare esattamente la presenza di una sonda in ciascuno dei seni, e distinguere in quale essa è penetrata in caso di dubbio. Conchiude.

1°. Esser necessario diagnosticare ed operare al più presto la sinusite sfenoidale se si vuol sottrarre i pazienti a complicazioni endocraniche fatali.

2°. Sospettando una sinusite sfenoidale assicurarsi al più presto della sua natura piogenica o neoplasica potendo queste due forme

assumere lo stesso aspetto sintomatologico. (*Annales des maladies de l'oreille* ecc. Gennaio 1901). HAHN (Torino)

6. **Il sifiloma iniziale endonasale**; pel dott. J. GAREL. — Fra i sifilomi iniziali estragenitali, rarissimi sono quelli endonasali. Fournier infatti nella sua statistica sopra 794 sifilomi di tal natura ne riporta appena 13 del naso, fra cui due solamente con sede sulla pituitaria.

Questa lesione è importante oltrechè pella sua rarità, per le difficoltà offerte alla diagnosi prima della manifestazione dei fenomeni secondari, giacchè generalmente l'ipotesi di una lesione sifilitica primaria è per lo più l'ultima a presentarsi alla mente dell'osservatore.

L'ulcera dura endonasale è localizzata più frequentemente sul setto che non sulla faccia interna della pinna nasale; l'aspetto è essenzialmente polimorfo; si presenta per lo più come una rilevatezza più o meno grande della mucosa, sormontata a mo' di ulcus elevatum, da un'ulcerazione ricoperta d'una crosta verdastra, ed anche talvolta da una membrana d'aspetto difteroide. Alla periferia può originarsi una infiammazione più o meno estesa per infezioni secondarie. L'induramento caratteristico è naturalmente difficile ad essere percepito se il sifiloma risiede sul setto, si avverte bene invece quando si tratti di lesione della pinna nasale. Le epistassi riscontrate in molti casi sono fenomeni puramente accidentali; la cefalea che si osserva all'inizio di ogni sifilide è forse un po' più accentuata e si hanno dolori irradiati alla regione intraorbitale.

L'ingorgo ghiandolare varia a seconda della varia localizzazione del sifiloma; se esso è situato sulla regione cutanea-mucosa dell'orifizio nasale, o, fatto quasi abituale, vi si è propagato dalla pituitaria, saranno ingrossati in gangli sotto-mascellari a cui mettono capo i linfatici della regione sopradetta; se invece ha sede unicamente sulla pituitaria saranno invasi: un ganglio voluminoso situato dinanzi all'asse, ed uno, o due gangli, situati vicino al gran corno dell'osso ioide, i quali raccolgono la linfa della pituitaria. Alcuni autori annettono grande importanza alla ricerca di tali gangli. I rapporti anatomici della parte anteriore e superiore del meato inferiore spiegano il contemporaneo ingorgo dei gangli parotidei, preauricolari e geniani.

L'infezione avviene sempre in modo mediato, ed è per lo più il dito che la trasmette.

La diagnosi si può fare per così dire solo dall'aspetto stesso della lesione: ora siccome questa può assumere forme assai diverse, sono frequentissimi gli errori d'interpretazione, come lo provano i molti errori confessati dagli autori.

L'A. potè raccogliere 45 casi di tale lesione nella letteratura, ne pubblicò due nel 1895 e da quell'epoca ebbe agio di osservarne altri quattro.

Osservazione I. *Sifiloma iniziale della parte inferiore del setto.*

Mancavano ancora completamente i fenomeni secondari che poi colla loro comparsa giustificarono la diagnosi.

Osservazione II. *Sifiloma iniziale della pinna del naso.* L'ulcera dura viene subito riconosciuta e la diagnosi confermata immediatamente dalla presenza di fenomeni secondari.

Osservazione III. *Sifiloma iniziale del setto.* Fu creduto dapprima una lesione terziaria, poi essendo apparsi i fenomeni secondari si dovette riconoscere l'errore.

Osservazione IV. *Sifiloma iniziale del setto simulante un tumore.* Ragazza di 14 anni, si lagna di ostruzione nasale; presenta nella fossa nasale destra un tumore voluminoso a superficie liscia, a base larga, impiantato sul setto, che ostruisce completamente la fossa nasale. Se ne pratica l'ablazione coll'ansa galvanica, e venti giorni dopo la paziente si presenta in pieno periodo secondario. L'esame istologico non avea rivelato nulla di decisivo riconoscendosi solo lesioni infiammatorie che faceano pensare ad un tumore del tessuto connettivale. Quest' ultima osservazione presenta grande analogia con un caso di Lermoyez, in cui il tumore attraversò tante fasi che la diagnosi dovette più volte essere modificata; anche qui l'esame istologico non aiutò la diagnosi ed è degno di nota il fatto che nei due casi vi è la stessa incertezza riguardo alla natura istologica, che nulla potè rilevare di preciso quanto ad una lesione sifilitica. (*Lyon médicale*, 5 agosto 1900). HAHN (Torino).

NOTIZIE VARIE

Riunioni scientifiche. L'*Associazione laringologica americana* terrà la sua riunione annuale a New-Haven, Conn., nel mese di maggio 1901. — La *Società americana di laringologia, rinologia ed otologia*, si riunirà a New-York. — La *Società americana d'otologia* inaugurerà le sue adunanze in New-London, Conn., il 16 luglio 1901.

Giornale nuovo. Il Dott. J. Cisneros ha intrapresa la pubblicazione di un *Bollettino di Laringologia, Otologia e Rinologia*, che vedrà la luce in Madrid ogni due mesi.

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1901 — Tipografia Luigi Niccolai, Via Faenza, 44.

Anno XIX. Firenze, Maggio 1901. N. 5

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli diretto dal prof. Ferdinando Massei

Contributo clinico alla etiologia delle tonsilliti follicolari e degli essudati post-operativi nelle tonsillotomie,

per il Sig. **JACOPO NARDI**

(Laureando, Assistente volontario).

Già a parecchi osservatori era balenata l'idea che la tonsillite follicolare, altrimenti detta lacunare, dovesse ripetere la sua etiologia da un agente infettivo, quando nel 1881 Charcot per il primo ne affermava tale natura.

Ad avvalorare la sua dottrina, non mancarono serii contributi di chiari osservatori, tra i quali troviamo spesso il nome di B. Fränkel, che aggiunse la nota sperimentale a quella clinica.

Rimaneva a precisare quale fosse questo agente infettivo e si istituì perciò una serie di ricerche le quali, mentre ci hanno parlato di svariati germi (stafilococco, streptococco, diplococco di Fränkel), non hanno fatta la luce necessaria perchè si potesse ad uno solo addebitarne la

causa. Jacobi nel 1888 emise l'opinione che le tonsilliti follicolari fossero delle pure forme difteriche, ispirandosi più che al reperto batteriologico positivo, al decorso che queste forme, alle volte, assumevano ed agli esiti in vera difteria, che spesso era dato constatare. Questo concetto abbastanza evoluto in lui, erasi per lo innanzi affacciato alla mente di altri, e Strümpel appunto, avendo spesso notato durante epidemie difteriche molti casi di tonsilliti lacunari pur non osando pronunziarsi decisamente, ammetteva esser possibile una sola entità morbosa, avendosi però nella tonsillite follicolare una infezione difterica più lieve.

Nel 1889 nel giornale: lo « *Sperimentale* » venne pubblicato un pregevolissimo lavoro del prof. Gabbi, il quale riportava un caso clinico di tonsillite follicolare e tutte le relative ricerche da lui fatte per stabilirne la etiologia.

Egli raccolse il contenuto dei noduli bianco-grigiastri che apparivano sulla superficie delle tonsille, tanto di quelli che conservavano ancora il rivestimento epiteliale, quanto di quelli spontaneamente aperti; ne fece dei trasporti su agar e in brodo, osservando al microscopio anche immediatamente un pò del materiale raccolto, e rinvenne costantemente, in mezzo ai comuni cocchi, il diplococco di Fränkel in predominio. Le inoculazioni sperimentali sui conigli confermarono sempre questo reperto.

Nel materiale raccolto dai follicoli già aperti ed ulcerati, oltre i precedenti, rinvenne lo staphilococcus piogenus aureus ed un proteus. Non dando alcuna importanza allo stafilococco dorato per il suo cosmopolitismo, nè al proteus, che incidentalmente poteva trovarsi lì depositato, senza che avesse attraversato in alcun punto la barriera epiteliale, egli fu portato a concludere affermativamente per la esistenza di una tonsillite follicolare da localizzazione del pneumococco di Fränkel nelle lacune di questa glandola.

Massei nel 1894, in una lezione dettata nell'ospedale clinico di Gesù e Maria e pubblicata dalla Riforma Medica nel gennaio 1895, analizzate tutte le diverse osservazioni ed i vari apprezzamenti, era portato a concludere potersi avere una tonsillite follicolare tanto coccogena che bacillare.

Oggi, infatti, chiamando follicolare una tonsillite, noi ci riferiamo sempre al concetto anatomico e non a quello etiologico, e così ne avremo delle stafilococciche, delle streptococciche, delle diplococciche, di quelle da bacillo di Löffler e di quelle associate.

Ma la tonsillite lacunare da bacillo di Löffler è una forma comune o rara a riscontrarsi nella pratica? Io, pur ritenendo che molte volte è dai cocchi che si deve ripetere tale forma di tonsillite, inclino a pensare che le forme bacillari sieno più frequenti di quello che non si creda e che nessun criterio può dirsi inappellabile, perché nessuno è recisamente negativo.

E mi spiego: noi su di un reperto negativo, tanto microscopico che culturale, non possiamo fidare interamente: infatti la letteratura è ricchissima di casi di difterite nei quali il criterio terapico solo ha fatto luce, dove il microscopio ed i terreni di cultura rimasero muti.

Mi si potrebbe anche obiettare: se le tonsilliti lacunari fossero così spesso di natura difterica, perchè allora queste non dovrebbero avere un decorso corrispondente alla loro natura, invece di risolvere, come sovente accade, solo con l'uso di disiffettanti locali?

Ma il bacillo di Löffler non resiste all'azione dei disinfettanti chimici, anche in tenui dosi (De Giaxa); e viene in tal modo a darsi ragione anche di questa fondata obbiezione.

Poste in tal modo le cose, passo alla presentazione del caso clinico che mi ha suggerito queste considerazioni.

Il 15 gennaio si presenta nel nostro ambulatorio il bambino Masullo Luigi, di Salvatore, di anni 4 e mezzo da Napoli.

Il padre che lo accompagna dice che un paio di giorni or sono il bambino cominciò ad accusare un dolore alla gola che gli rendeva penosa la deglutizione.

Non sa precisare se vi sia stata alterazione febbrile; solo ha potuto notare che il bambino mostravasi un po' abbattuto ed inquieto.

Nulla di interessante nell'anamnesi remota. All'osservazione, le tonsille, che sono notevolmente ipertrofiche, si

mostrano cosparse di tanti piccoli punti di colorito bianco-sporco; notasi, inoltre, adenite del gruppo glandolare dello Chassaignac. Temperatura normale. Fatta diagnosi di tonsillite follicolare, si prescrive la solita cura antisettica locale, consigliando la tonsillotomia non appena le condizioni del bambino lo permettano.

Si ripresenta il 2 febbraio perfettamente guarito dell'affezione acuta e il prof. Massei si decide ad intervenire, nulla essendovi in contrario.

Disinfettato il cavo orale e cocainizzata la parte, vien subito operato di doppia tonsillotomia, col comune strumento.

Si prescrivono gargarismi fenicati e si rimanda il piccolo infermo a sabato prossimo, 9 febbraio.

Quando si notano sulle due tonsille, ma specialmente a destra, larghe placche di essudato difteroide. Se ne prende una parte per esaminarla al microscopio, ma non si rinvengono che cocchi. Si raccomanda che non manchi alla prossima visita.

Il padre, nel ripresentarlo puntualmente, racconta come il figlio ora sia stato preso da una tosse ostinata che lo tormenta anche nel sonno e che nota un certo ostacolo nella respirazione.

Difatti, prima ancora di fare l'ispezione del cavo orale, la nostra attenzione è richiamata su alcuni colpi di tosse conquassante e sulla leggera dispnea e disfonia.

Pur andando col pensiero ad una possibile infezione difterica, non essendo i fatti di una entità tale da richiedere un pronto intervento diretto, si raccomandano nuovamente antisettici locali, credendo che si potesse trattare di quei soliti essudati post-operativi puramente coccogeni considerando la tosse come espressione di un semplice catarro laringeo.

L'esame microscopico culturale risulta, anche questa volta, interamente negativo per il bacillo di Löffler. Ciò malgrado, non credendo assumere in termini assoluti la responsabilità di un fatto puramente dottrinale, si decide sorvegliare anche più attentamente il bambino; e per due, tre giorni la tosse mantiene il carattere crupale, ma la

dispnea e la disfonia si accentuano maggiormente, tanto che senza perder tempo si pratica una iniezione di siero Behring n. 3.

Al siero, in questo caso, assieme all'azione curativa chiedevamo un criterio diagnostico.

Il giorno susseguente il padre ci narra che il bambino ha riposato bene nelle ore della notte, che la tosse è diminuita di molto ed è divenuta più grassa; la dispnea e la disfonia, per vero cominciano a cedere, cose tutte che noi possiamo constatare *de visu*.

Osservando i monconi tonsillari, li troviamo interamente detersi, e dopo due giorni possiamo dichiarare il bambino completamente guarito.

Può in questo caso parlarsi di tonsillite follicolare da bacilli di Löffler? Io credo che non volendo ricorrere a sofismi, si debba rispondere affermativamente, almeno dal punto di vista clinico.

Difatti, non potendosi ammettere in verun modo come veicoli nè gli strumenti adoperati per l'operazione, nè le mani dell'operatore, essendosi osservato, come d'ordinario, la più accurata antisepsi, si dovrebbe supporre che secondariamente il bacillo di Löffler avesse raggiunta la cavità orale o con l'aria inspirata, o con cibi, o altrimenti.

Ma perchè andar trovando lontano il nemico, quando logicamente possiamo sospettare che questo si trovasse annidato in una delle lacune glandolari, sede di un recente processo acuto? Perchè divagare, quando basta pensare che questo bacillo, nicchiando tuttora in qualche follicolo, ridestato dal trauma dell'operazione, e trovato un terreno favorevolissimo sul moncone cruento della tonsilla, si sia sviluppato dando la pseudomembrana con la sindrome completa di una vera difteria?

Riguardo all'essudato post-operativo, non credo possa rimanere ombra di dubbio; quella patina membraniforme, aderente, abbastanza diffusa, che non cede ai comuni trattamenti, ma si dissolve sotto l'azione del siero antidifterico, non poteva avere come suo esponente che il bacillo di Löffler.

Ultimamente Harmer si è occupato appunto di questi

essudati che compaiono dopo la tonsillotomia sulla superficie lesa.

Egli, dopo aver studiate accuratamente queste pseudomembrane, conclude negando la natura difterica. Nelle sue ricerche ha trovato diversi batteri, specialmente stafilococchi e streptococchi; spesso anche bacilli pseudo-difterici; ma non crede potere addebitare a questi la pseudomembrana.

Io, per conto mio, credo che non si possa ciecamente accettare la conclusione di Harmer; sia perchè noi sappiamo che ricerche batteriologiche negative non sono decisive, sia perchè intorno al bacillo pseudodifterico le controversie sono tutt'altro che composte. Ora se, dopo le ricerche di Escherich, dopo quelle di Roux e Yersin, i quali riuscirono, attenuando il bacillo di Klebs-Löffler a renderlo simile al pseudodifterico, non si può esser più separatisti e più che due specie diverse, convenga ammetterne una sola con biologia oscillante, non si può nemmeno dire che quel bacillo giudicato da Harmer per pseudodifterico non fosse stato il vero. Trovato quindi il bacillo pseudodifterico nella pseudomembrana, riferiremo adesso la causale.

Se non si avrà il quadro clinico di una difterite, se niente altro ci autorizzerà a propendere per questa diagnosi, ne avremo già abbastanza con questa sola ricerca positiva; vuol dire però che avremo assistito ad una forma attenuata od abortiva, grazie ai poteri di autodifesa dell'organismo od a quelli degli antisettici da noi usati.

Dopo quanto ho esposto credo poter venire alle seguenti conclusioni:

1° la tonsillite follicolare può esser data dal bacillo di Löffler molto più spesso di quello che si creda;

2° le ricerche negative pel detto bacillo ed il decorso favorevole, non ci autorizzano ad escludere questa etiologia;

3° le pseudomembrane formantesi dopo la tonsillotoma possono spesso avere come esponente lo stesso bacillo;

4° il trovare bacilli pseudodifterici, come è occorso a Harmer, più che combattere, appoggia validamente le mie osservazioni.

Questa breve nota, destituita di ogni pretensione, confortata però da un caso clinico positivo, potrebbe segnare il punto di partenza di una serie di investigazioni che mi propongo di incominciar subito, e dei risultati delle quali mi propongo parlare a suo tempo. Ho voluto, nondimeno, pubblicarla per mostrare il prezioso sussidio che, soprattutto in certe contingenze, possono dare alle osservazioni sperimentali, quelle puramente cliniche.

Sintomatologia rara delle vegetazioni adenoidi

Un caso di astenopia accomodativa ed uno di emoftoe

per il Dott. RICCI CARLO ALBERTO

Specialista nelle malattie del naso, gola, orecchi ed occhi a Treviso.

La ristretta sindrome morbosa su cui or sono circa trenta anni Guglielmo Meyer con geniale e fortunata intuizione richiamava l'attenzione dei medici, coll'andar del tempo si è affermata sempre più fino a salire oggi tanto da essere considerata non solo come una delle pietre angolari della nostra specialità, ma bensì anche come un capitolo importante di patologia specialmente infantile. Il tempo allargò i confini del quadro morboso indicato dal Meyer, ed alla sola influenza dannosa delle vegetazioni adenoidi sulle condizioni dell'orecchio medio si andarono aggiungendo altre constatate molteplici influenze locali e anche generali.

Di quì quel continuo fervore di studi su questo soggetto e quell'entusiasmo di quasi tutti gli specialisti per la cura chirurgica delle vegetazioni adenoidi, entusiasmo che deriva dalla convinzione onesta di aver con essa cura raggiunto un mezzo sovrano di profilassi e terapia auricolare.

Anche io provo questo entusiasmo e ogni qual volta mi si offre l'occasione di dover prestare l'opera mia nella

cura di qualche adenoideo con sicura fiducia resto in attesa dei vantaggi che sempre me ne attendo.

Oltre i soliti vantaggi auricolari i quali, a indicazione curativa esatta, sono *immancabili*, io vò sempre ricercando altri d'indole generale che o tosto o in progresso di tempo vanno affacciandosi. Migliora la nutrizione, l'ematosi, si rischiara l'intelligenza, il ragazzo ottuso, tardo, apata diventa vivace, acquista quella esuberanza di energie fisiche che è dote preziosa della sua età. Non furono casi unici quelli di genitori che a cura finita mi dissero: « Noi non ci aspettavamo tanto dalla sua cura; essa ci ha rifatto nostro figlio ».

Alcune volte furono i parenti stessi o gli ammalati che guariti richiamarono la mia attenzione sulla scomparsa di altri disturbi che apparentemente non aveano alcun legame colla malattia prima per la quale aveano richiesto l'opera mia.

Questo mi è successo a proposito di un caso di *astenopia accomodativa*. C. M., signorina di 22 anni, viene da me coi sintomi classici di un'adenoidea. Esiste ereditarietà dal lato del padre che è sordastro ed ex adenoideo. Molto anemica, con scarsa respirazione nasale, soggetta a corizze e a tonsilliti. Accusa rumori subbiettivi e sordità considerevole, sente un orologio da tasca a 1 centm. e la voce afona a 50 centm. Colla rinoscopia posteriore rilevo presenza di molte masse di vegetazioni adenoidi, le quali successivamente sotto bromurizzazione vengono da me asportate. I vantaggi acustici sono rapidissimi, in pochi giorni l'orologio viene sentito a 60 centm., e la voce afona a 6 metri.

Migliorano molto anche le condizioni generali, cessa l'anemia, la ragazza veramente rifiorisce, le si rinfranca la psiche sia per una azione diretta della buona nutrizione acquistata, sia perchè le è sfuggita la malinconia di sapersi sorda.

Quella confidenza spontanea che interviene tra medico e paziente nei casi fortunati, spinge la malata a dirmi che coi tanti altri malanni era anche scomparso un grave suo disturbo oculare.

Il disturbo consisteva in una vera forma di astenopia accomodativa.

Essa prima non poteva mai applicare a lungo i suoi occhi dietro un lavoro minuto, lettura, ricamo ecc., perchè la sua vista presto si stancava, avvertiva uno stringimento doloroso agli occhi, le immagini si annebbiavano, si confondevano così da costringerla ad interrompere ogni lavoro. Nulla aveano giovato gli occhiali, l'uso dei midriatici, il riposo all'oscuro continuato per mesi. L' inutilità delle cure, seguite anche con scrupolo, avea finito col persuaderla esserle necessario il tenersi in pace anche questo altro suo male. Un colpo generoso di *curette* nel suo rinofaringe avea spazzato via in un momento solo tra gli altri anche il grave disturbo visivo.

Ho esaminato accuratamente il *visus* di questa signorina e ho trovato acutezza visiva normale e refrazione pure normale, cioè era una emmetropica.

L'astenopia accomodativa o insufficienza del muscolo ciliare è un disturbo che è dovuto di solito ad un difetto di refrazione, e il più delle volte, per ragioni che qui è inutile il ripetere, all' ipermetropia. Si può avere però anco negli emmetropi o per abuso della vista o come conseguenza di malattie infettive come tifo, influenza, difterite ecc. In questo ultimo caso anzi l'astenopia o insufficienza accomodativa arriva al punto da diventare una paralisi accomodativa. È una forma però passeggera, che dura cioè un tempo più o meno lungo, ma che finisce collo scomparire, ed appunto per questo si ritiene sia dovuta in questi casi solo alla presenza di veleni tossiemici di azione ipostenizzante sul muscolo ciliare, veleni che finiscono poi coll' essere eliminati dall'organismo. Nel botulismo, tipo di tossiemia, si ha pure la astenopia accomodativa.

In questo mio caso dunque mancando l'eccesso di lavoro e la malattia infettiva pregressa si deve ricercare, per il *post hoc ergo propter hoc*, la possibile relazione esistente tra la astenopia e la presenza della tonsilla faringea iperplastica. Questa relazione venne già accennata dagli autori i quali però ne parlano in genere molto poco. Attualmente infatti si studiano molto le relazioni tra malattie del naso

e affezioni oculari, poco invece fra queste ultime e le affezioni del rinofaringe. Da alcune mie ricerche ho trovato.

Laurens parla di un caso di strabismo interno in un bambino guarito coll'asportazione delle adenoidi.

Seifert, Fortunati, Couetoux, Arcoleo, Guibert, ne parlano pure brevemente.

Ultimamente l'Arslan di Padova ha fatto uno studio abbastanza esteso portando una statistica di 16 adenoidei in cui l'operazione ha portato quasi sempre un vantaggio diretto nell'andamento di una affezione esterna oculare concomitante.

Il mio caso dunque viene ad accrescere la breve statistica la quale in avvenire potrà però facilmente aumentare qualora gli specialisti, specialmente di occhi, ne facciano argomento di ricerca. L'astenopia poi in particolare è una lesione che non essendo appariscente ad un esame esterno può anche facilmente sfuggire qualora non venga ricercata, e d'altronde non essere accusata dai pazienti che sono di solito bambini o ragazzi.

È un disturbo che ha la sua importanza, perchè può obbligare a dover interrompere l'applicazione allo studio nei ragazzi, oppure può dar luogo all' uso improprio di occhiali i quali naturalmente in quanto possono essere inopportuni finiscono anche col diventare dannosi alla vista.

Quindi nei casi di astenopia negli emmetropici, o in genere nei casi di astenopia sarebbe cosa utile che gli oculisti avessero ad esaminare anche le condizioni del rino-faringe. Questo nuovo rilievo patogenetico dell' astenopia accomodativa può servire in parte a rischiarare anche quella incertezza esistente in oculistica in riguardo all'origine di alcuni casi di questa malattia. Infatti per confessione onesta di provetti oculisti riesce alle volte impossibile rimediare ai disturbi accusati da alcuni astenopici, o non è possibile trovare le cause di queste astenopie, tanto più poi quando si abbia a che fare con individui sani ed emmetropici.

Non mi soffermo con preferenza su alcune delle teorie colle quali oggi si vogliono spiegare l'origine nasale o rino-

faringea delle affezioni oculari. Tra le tante ipotesi più seguita è quella che le fa dipendere da una eccitazione del nervo trigemino, però finora anche questa non è che una ipotesi di un valore puramente speculativo, cioè che non ha un fondamento sperimentale.

Anche l'Arslan ultimamente emise una teoria che si basa sull'azione dannosa che eserciterebbero le secrezioni dei sacchi congiuntivali sulla cornea quella qualunque volta che s'inframmettesse un ostacolo al loro deflusso nel canale naso lagrimale. Questo ostacolo sarebbe appunto dato dall'occlusione nasale prodotta dalla presenza delle vegetazioni adenoidi. Questa teoria semplice può spiegare bene le lesioni esterne del bulbo, quindi in questo caso non sarebbe applicabile. Oltre queste teorie che considerano l'affezione oculare come una conseguenza della occlusione delle fosse nasali o diretta per la presenza della iperplastica tonsilla faringea o indiretta per la concomitante ipertrofia della mucosa dei cornetti, si accenna per recenti studii ad un altro concetto patogenetico. Cioè si considera l'affezione oculare come conseguenza di un disturbo nutritivo dato dalla presenza nell'organismo di prodotti di secrezione patologici dovuti alle esistenti vegetazioni adenoidi.

Per lo studio di questo mio caso piuttosto io sarei tratto più volentieri ad abbracciare il concetto quest'ultimo che si avesse a che fare cioè con l'effetto di una intossicazione dell'organismo dovuta o direttamente ad una secrezione stessa interna delle vegetazioni adenoidi, o indirettamente alla conseguente iponutrizione, ipoglobulia che si determina nell'organismo per il deficiente assorbimento di ossigeno dovuto alla difficoltata respirazione nasale.

A questo riguardo sono da prendersi in considerazione le osservazioni di Hertogue sulla affinità di sintomi la quale può essere notata tra l'adenoidismo e l'ipotiroidia o deficienza del potere antitossico dell' organismo dovuto all'assenza della ghiandola tiroide. Il De Simoni che ha appunto illustrata questa teoria dell'Hertogue dice a questo proposito: « Non starò a ricordare altri disturbi che « rendono più completa l' affinità tra l' adenoidismo e il

« cretinismo da mixedema, quali l'enuresi assai frequente
« nei cretini, la balbuzia, il laringismo stridulo, la rauce-
« dine, il ptialismo, l'irrequietezza, durante il sonno, le fa-
« cili convulsioni, la cefalea, i gravi disturbi degli organi
« dei sensi, comuni appunto ad adenoidei e cretini ».
(V. questo Bollettino, 1899, pag. 56).

In questi tempi si vanno anzi facendo per merito del Masini delle ricerche su una secrezione interna delle tonsille. Egli sarebbe venuto nella conclusione che la tonsilla oltre che essere un organo linfogeno, sia anche produttore di un *quid* che dietro esperienze fatte avrebbe un' azione cardiocinetica sugli animali. Egli ritiene quindi anche possibile che le alterazioni funzionali di questi organi possano pure spiegare le lesioni generali organiche offerte dagli adenoidei. Dietro questo quindi io credo che si potrebbe ritenere che lo sviluppo patologico della tonsilla faringea possa dar luogo alla produzione di sostanze tossiche aventi appunto un' azione ipostenizzante sul muscolo ciliare, paragonabile a quella delle tossine del botulismo o della difterite.

Con così scarsi elementi è naturale però che non si possa ora affatto venire ad una conclusione qualsiasi.

Accenno solo quindi alla questione e la lascio insoluta, per venire poi ad un caso di

Emoftoe. C. C. è un giovane di 17 anni, di complessione robusta, ora un poco deperito. Sordastro fin da bambino, non è emorrofilico. Da 2 anni accusa sputi di sangue quasi giornalieri specie al mattino, ma che si ripetono anche nella giornata. — Il sangue che è vivo, rosso esce spontaneo alla mattina, durante il giorno il paziente può provocarne l'uscita solo con atti di raschiamento della faringe.

Il giovane ha finito col preoccuparsi di questa perdita di sangue, tanto più che trovò un medico che espose dei dubbi sull'integrità dei suoi polmoni. Il padre lo conduce a me non per la sordità, ma piuttosto per vedere se sia possibile liberarlo dall'emoftoe.

È un adenoideo tipico, con padre sordastro ed ex-adenoideo e con un fratello più giovane pure sordo da adenoidi. Respirazione prevalentemente boccale per poca per-

vietà delle fosse nasali. La rinoscopia posteriore rileva ipertrofia notevole della tonsilla faringea che si presenta coperta di un catarro viscido spesso e in qualche punto sporco di sangue. Timpani rientrati, sente un orologio da tasca a 15 centim. bilateralmente. — Senza anestesia faccio un generoso raschiamento del rinofaringe.

Espoıto molte masse di vegetazioni adenoidi miste a zolle di catarro. — Può subito respirare bene dal naso, ha vantaggi rapidi sull'udito che arriva a sentire l'orologio da tasca a 1 metro. Dal giorno dell'operazione, e sono passati nove mesi, egli non ebbe più sputo di sangue, e non può provocarlo egli stesso coi moti di raschiamento. — Le malinconie gli sono passate, stà meglio in salute ed è contentissimo del suo nuovo stato.

L'emoftoe è un sintomo che spaventa sempre il malato. L'emoftoe spuria, cioè non di origine polmonale, ripete la sua origine a varie cause endobuccali. Di quelle dipendenti da varici della tonsilla linguale ne ho parlato anche io in un mio lavoro comparso negli Archivi It. di Ot. 1897. (Vol. V) a proposito della ipertrofia della tonsilla linguale. — L'emoftoe da vegetazioni adenoidi non viene quasi menzionata dagli autori. — Io ne ho trovato un cenno nel trattato del Bresgen e ultimamente in una recenzione di un lavoro di Botey appunto sulle pseudo emottisi da causa rinofaringea. — Niente nelle migliaia di casi di M. Bride — Arslan — Meniere — Arrowsmith ecc. o nell'ultima monografia sulle adenoidi di Gradenigo.

Quindi in complesso deve essere un sintoma raro. Sono più frequenti piuttosto le epistassi da presenza di vegetazioni adenoidi, le quali sono spiegate colla facile congestione della mucosa nasale cui per difficoltato circolo locale vanno soggetti gli adenoidei. Arslan le ha notate circa nel 30 ‰ dei suoi adenoidei.

Nel mio caso queste emorragie doveano essere originate da erosioni superficiali della tonsilla faringea in preda ad un processo infiammatorio catarrale quale veniva rilevato colla rinoscopia posteriore.

Treviso, 28 febbraio 1901.

Voluminoso fibroma naso-faringeo estirpato per la via orale

NOTA CLINICA

PEL

Dott. ALFREDO RECANATESI

Specialista per le malattie del naso, dell'orecchio e della gola in Ancona.

Debbo alla gentilezza e buona amicizia del dott. Berti, chirurgo primario dell'Ospedale Civile d'Ancona, l'aver potuto esaminare e operare il malato che illustro brevemente, e sono lieto di cogliere quest'occasione per rendergli pubbliche grazie.

Si tratta di un giovanetto di 14 anni, Angelani Pio di Antonio, nato a Polverigi, prov. di Ancona, contadino, che viene accolto all'Ospedale il 3 gennaio 1901 con diagnosi di polipi nasali. Ci narra il paziente che, da tre anni in qua, gradualmente, per le narici, e in special modo per la destra, cominciò a respirare con difficoltà, che da sei o sette mesi era talmente aumentata da rendergli a destra del tutto impossibile la respirazione, quasi, a sinistra. Lentamente, da quell'epoca, accenna di aver avuto rumori subbiettivi ad ambedue gli orecchi, cui, in seguito, si aggiunse un certo grado di durezza di udito.

Il ragazzo che fino allora aveva sempre dormito tranquillo, cominciò a russare, e nei giorni che rimase degente all'Ospedale, prima di essere operato, il suo strano modo di russare era di disturbo per il sonno di tutti gli infermi che erano nella sua stessa sala.

Ci narra che nel settembre u. s. soffiando fortemente pel naso, tenendo chiusa la narice sinistra, era riuscito a far venir fuori dalla destra come un piccolo ammasso carnoso mobile, che egli, nella sua ignoranza campagnola,

strappò ripetutamente con le dita e che dava sangue in copia.

Nulla si può precisare sulla malattia di cui morì la madre, ha il padre vivo e sano, quattro fratelli che godono buona salute. Il nostro paziente ha avute le malattie proprie dell' infanzia, del resto è sempre stato bene: non è molto sviluppato fisicamente, ha masse muscolari deficienti, parla con voce spiccatamente nasale, respira costantemente per la bocca.

Esaminando il naso si riscontra: la narice destra ripiena di una massa carnosa, mobile, di colorito quasi roseo, di consistenza molle, con delle cicatrici quà e là, secrezione muco-purulenta abbondante. A sinistra: i due terzi anteriori della cavità nasale appariscono normali, dal fondo si vede venir in avanti una massa di colorito più roseo che nell'altro lato, all'esame con la sonda si rivela di consistenza quasi fibrosa, sembra del tutto isolata in basso, aderente in alto con la volta faringea.

Per assicurarci dello stato della faringe nasale si pratica la rinoscopia posteriore.

Appena aperta la bocca, facendo al malato pronunciare la vocale *a*, si intravede qualche cosa di anormale dietro al velo pendulo, abbassata la lingua, al di sotto dell'ugola, per circa un centimetro, si vede sporgere il polo inferiore di un tumore ovoidale, rossastro, che spinge in avanti il velo pendulo, col quale, a prima vista, sembra aderisca. La docilità del paziente e la sua tolleranza, ci permettono un accurato esame rinoscopico posteriore, e di praticare una diligente esplorazione digitale.

All'esame posteriore si vede che il tumore riempie in totalità la cavità naso-faringea, che non aderisce nè alla parete posteriore, nè alle laterali del faringe, non è agevole riconoscere se abbia aderenze col velo pendulo, che essendo spinto fortemente in avanti dal volume del tumore, gli si adagia sopra come un rivestimento. Coll'esplorazione digitale si può facilmente riconoscere che non aderisce nemmeno al velo pendulo, sicchè si deduce che abbia aderenze nella volta faringea e che mandi dei prolungamenti per le coane nelle fosse nasali. Pel suo volume non

è possibile di girargli attorno col dito, che anzi, sforzando per farlo, si provoca lievissima emorragia; ha consistenza fibrosa, pareti lisce, apparisce riccamente vascolarizzato.

Diagnosi clinica, fibroma naso-faringeo di grosso volume.

Per le dimensioni del tumore, la sua consistenza fibrosa, la sua larga base d'impianto, il suo colorito intensamente roseo, si teme che nella sua estirpazione rapida che si vuol fare per la via orale, una possibile emorragia possa insorgere e disturbare il buon andamento dell' atto operatorio, e si cercò un metodo, che proteggendoci contro questa possibilità, ci fosse utile per liberare presto e totalmente il paziente del suo tumore.

Non voglio qui ricordare i metodi operatori messi in campo dai diversi autori, già altra volta (1), riferendo sopra altri tre casi di tumori naso-faringei da me operati, riferii in questo merito più ampiamente.

Mi piace solo di rammentare che il Lichtwitz (2) nei tumori naso-faringei di un certo volume, e nei quali il peduncolo non può essere aggredito pel naso, consiglia di prenderli per la via orale, servendosi o di una robusta pinza retro-nasale, o di un'ansa naso-faringea.

« Peu importe » dice lui « du reste l'instrument choisi, qu'il s'agisse d'une anse rétro-nasale ainsi que le conseille Hartmann, ou d'une curette, comme le veut Gaudier, ou même de deux mains ainsi que l'a fait Zaufal pour enlever une des tumeurs retro-nasales les plus volumineuses qui aient j'amais été vues, le point important sur lequel nous voulons insister est l'*ablation rapide* du neoplasme » e l'Arslan (3), convenendo con l'ablazione rapida, servendosi di un'ansa nasale, sia fredda sia galvanocaustica, consiglia il metodo bimanuale: si passa l'ansa a traverso il naso, con l' indice della mano sinistra si spinge l'ansa posteriormente al tumore fino ad accertarsi che sia nel luogo di impianto di esso e non si ritira il dito fino

(1) Archivio Italiano di Ot., vol. IX, fasc. 3.
(2) Archives Intern. de Laryngologie, Tome XI, n. 6.
(3) Archives Int. de Otologie, vol. VII, fasc. 1 e 2.

a che, stringendo l'ansa, non si abbia la certezza che realmente sia piazzata bene. Circa il metodo di far pervenire l'ansa posteriormente nella faringe nasale varia secondo la grossezza del tumore, e in quelli di grosso calibro, servendosi di una sonda di Belloc o di un catetere da orecchio soverchiamente ricurvo, ritira i capi liberi dell'ansa dalla bocca al naso.

« In certi neoplasmi » aggiunge « per evitare che all'esportazione succeda un'emorragia, all'estremità della sonda di Belloc, oltre i capi liberi dell'ansa, si applica anche un filo robusto di seta portante all'altra sua estremità un tampone che rimane fuori della bocca. Ritirando la sonda si hanno così a disposizione le due estremità dell'ansa metallica e quelle del filo del tampone, le prime, come si sa, vanno applicate al porta ansa, la terza invece viene tenuta da un assistente. In questo modo appena estirpato il neoplasma, non si fa che tirare il filo di seta, e il tampone, senza la minima perdita di tempo, va da se ad applicarsi nel cavo rinofaringeo ».

Un *quid medium* fra questi due metodi operatori fu quello da me seguito, e che offrendo le medesime garanzie post-operatorie del metodo bimanuale dell'Arslan, abbrevia la durata e facilita l'esecuzione dell'atto operatorio come nel metodo di Lichtwitz.

Contornare con l'ansa un tumore molto voluminoso in cui sia difficile girare attorno col dito, seguirlo con questo fino alla base d'impianto, non ritirarlo finchè non si sia sicuri che l'ansa stringa realmente la base del neoplasma, è un lavoro che, oltre che richiedere un certo tempo, richiede molta esperienza dal lato del medico e una buona dose di pazienza e tolleranza dal lato del malato, che deve sopportare tutte queste manovre dell'indice nel faringe.

Nel nostro caso, come col procedere dell'Arslan, scivolando dolcemente fra il tumore e il pavimento delle fosse nasali a sinistra, si fece passare a traverso le narici la sonda di Belloc. Appena questa pervenne nella cavità orale, alla sua estremità si attaccò un robusto filo di seta, che si ritirò a traverso il naso. Al capo orale di detto filo

fu attaccato un tampone da tirare, data la necessità, nel rinofaringe, e furono affidati i capi orale e nasale a un assistente. Con una robusta pinza uncinata ricurva, si afferrò il tumore dai lati, più in alto che fu possibile, e, imprimendogli un movimento di trazione e rotazione sul proprio asse nello stesso tempo, estrassi dal cavo orale il tumore coi suoi prolungamenti endonasali.

All'atto operativo, che mi piace far rilevare fu rapidissimo, seguì un' emorragia che ci permise, non essendo tale da allarmare, di attendere prima di deciderci a frenarla, tirando in alto il tampone, cosa che in realtà non fu fatta non essendovene stato il bisogno.

Il tumore estratto ha superficie liscia, colorito intensamente roseo, consistenza fibrosa, ha il volume di un grosso uovo di pollo, ovoidale nel suo polo inferiore, raffigurante a perfezione la volta della faringe nasale, con l'impronta del vomere e prolungamenti che entravano nel naso nella sua parte superiore: pesa 32 grammi.

L'aspetto macroscopico conferma la diagnosi clinica di fibroma. All'esame microscopico si trova epitelio piatto polistratificato, fibre connettivali, in qualche punto cellule di infiltrazione parvicellulare, l'avventizia dei vasi sanguigni è in degenerazione jalina. Non fibre muscolari.

Il malato sentì subito senso di benessere e respirò completamente per le due narici. La rinoscopia posteriore praticata il giorno successivo all'atto operatorio ci mostrò la faringe nasale completamente libera. Il giovanetto fu dimesso dall'ospedale completamente guarito.

Mi è piaciuto di rendere brevemente noto questo caso clinico, importante pel volume veramente notevole del tumore, e pel metodo operatorio seguito, e confido con ciò di aver portato ancora un modesto contributo alla terapia dei tumori naso-faringei.

Ancona, 5 febbraio 1901.

RASSEGNE

1. **Otite tubercolare con protuberanza nella cavità craniense** per Otto Piffl. — Un uomo di 55 anni, affetto da circa un anno da paralisi generale, che era curato per tale infermità nell'Asilo degli alienati di Praga, vi morì senza che alcuno avesse fatto attenzione ai suoi orecchi. All'autopsia fu trovata una tubercolosi polmonare, atrofia cerebrale (paralisi generale) ed a livello del lobo temporale sinistro una depressione che corrispondeva ad un tumore bernoccoluto, solido, facente parte della rocca. L'esame macro e microscopico fa vedere che si tratta di un tumore tubercolare della rocca e della duramadre, di una proliferazione enorme del tessuto tubercolare in parte caseificato e in parte in via di trasformazione fibrosa. L'orecchio esterno nella sua porzione profonda, l'orecchio medio e il laberinto erano invasi da granulazioni; esistevano pure necrosi e distruzioni parziali; il seno sigmoide e il bulbo della giugulare erano obliterati da un tessuto organizzato e aderente. La duramadre molto ingrossata, degenerata, ed invasa dal tubercoloma dal lato della sua faccia esterna, ma aveva opposto un ostacolo sufficiente alla infezione tubercolare e non vi era laringite cerebrale. Le condizioni anatòmiche di questa forma eccezionale di tubercolosi è descritta nella *Zeischr. f. Heilkunde*, 1899, vol. XX, pag. 471, con i maggiori dettagli (*Annales des maladies des oreilles* ecc., marzo 1901).

2. **Nistagmo e canali semicircolari.** Studio sperimentale e clinico pei dottori E. Trombetta e G. Ostino. — Fra i varii autori che già si occuparono della relazione fra labirinto e movimenti oscillatori riflessi dai globi oculari, merita speciale menzione l'Hoygies il quale giunse a dimostrare che il centro dei movimenti nistagmici sarebbe situato fra i corpuscoli quadrigemini ed il nucleo dell'acustico, che le vie centripete di questo centro sarebbero i nervi acustici e le loro terminazioni nel labirinto, e che il punto di partenza di tali movimenti riflessi è la terminazione dei sei nervi delle ampolle e non il nervo cocleare. Le ampolle membranose dell'orecchio sono quindi parte accessoria dell'apparecchio dei movimenti oculari.

Basandosi in gran parte su questi fatti gli AA. con una serie di interessantissime esperienze sui cani giungono a dimostrare:

1.° Che il nistagmo è fenomeno irritativo e non paralitico; infatti esso si manifesta in seguito ad instillazione di irritanti anche leggeri nel canale semicircolare membranoso, e sparisce completamente e subito dopo l'ablazione dei canali.

Viene provocato colla faradizzazione del nervo acustico al suo ingresso nel condotto uditivo esterno, e coll'eccitazione meccanica del nervo nel condotto stesso.

Che questo fatto sia d'origine irritativa è anche dimostrato dal-

le esperienze di Kreidl, Bezold, Denker e von Stein sui sordo muti; in circa il 50 per cento di essi la centrifugazione non diede vertigine e nistagmo, che si hanno invece nel 90 per cento dei sani per eccitazione prodotta dalla perilinfa sulle creste acustiche, e questi risultati corrisponderebbero pure ai dati delle sezioni anatomiche dell'orecchio dei sordo muti, ove nel 56 per cento dei casi si trovarono alterazioni dei canali semicircolari.

2.° Che per provocare il nistagmo occorre l'eccitazione ampollare; infatti, mentre l'eccitazione meccanica del canale semicircolare membranoso non lo provoca, una soluzione irritante, leggera, diffondendosi facilmente nelle ampolle, viene ad eccitare le terminazioni nervose delle creste uditive, e questa sarebbe la ragione perchè il movimento oscillatorio compare solo 5 o 6 secondi dopo l'instillazione. Contrariamente alle deduzioni di alcuni autori sull'azione paralizzante della cocaina sulla funzionalità del nervo vestibolare, essa agirebbe invece indirettamente come irritante.

3° Che coll'eccitazione unilaterale delle ampolle si ottiene nistagmo bilaterale, più spiccato però dal lato operato.

4° Che la direzione dei movimenti nistagmici corrisponde all'irritazione dei singoli canali, cioè è orizzontale per l'irritazione del c. s. orizzontale; verticale per il canale posteriore e mista per il canale sagittale.

Varii casi clinici, raccolti nella letteratura otologica dell'anno corrente nei quali, in seguito a lesione del canale semicircolare orizzontale, si notò l'insorgere di vertigine duratura subito dopo l'operazione, mentre il nistagmo, non avutosi mai prima della lesione, compariva solo qualche giorno dopo, e quasi sempre orizzontale confermano i resultati sperimentali e l'opinione che solo l'eccitazione delle creste acustiche delle ampolle sia la causa dei movimenti oscillatorii dei bulbi.

Ebbero gli A.A. a notare due casi curiosi di nistagmo: il primo in un paziente affetto da foruncolo del condotto uditivo esterno, il nistagmo era misto, ma prevalentemente orizzontale e scomparve colla guarigione del foruncolo; ne era probabilmente causa l'iperemia collaterale del laberinto; il secondo in un caso di otite media purulenta cronica con polipo della cassa.

Insomma i fatti sperimentali e clinici provano la correlazione fra i movimenti oculari ed il nervo vestibolare, ed è quindi giustificata l'opinione di Ewald che nel labirinto esista un centro tonico per i movimenti in generale e per quelli degli occhi in particolare. I muscoli oculari sarebbero mantenuti in uno stato d'innervazione tonica da un'eccitazione riflessa il cui punto di partenza è nel labirinto; data un'anomala eccitazione riflessa delle ampolle, ecco insorgere pure un disturbo d'innervazione dei muscoli oculari vale a dire nistagmo.

Nei casi clinici riportati è da notarsi che la vertigine consecutiva a lesione dei canali semicircolari è più frequente del nistagmo,

e dura più a lungo di esso quando coesistono i due fenomeni: in generale però il grado della vertigine è in ragione inversa del grado del nistagmo. Secondo gli AA. i due fenomeni avrebbero la stessa sede, la stessa causa e non sarebbero che gradi diversi di una stessa lesione, per essi il nistagmo è l'equivalente motorio della vertigine. (Firenze; *Tipografia L. Niccolai, dicembre 1900*).

HAHN (*Torino*).

3. **Paralisi del velo palatino consecutivo alla febbre tifoide**; per il dott. STUART. — Si tratta di una malata di 24 anni che aveva presentato tutti i segni di una febbre tifoide iniziatasi il 21 settembre 1900. La malata entrò in convalescenza il 29 ottobre e nel mese di novembre i parenti si accorsero che la voce della malata era diventata nasale.

L'11 novembre i liquidi, il latte e anche alcuni frammenti del nutrimento refluivano dal naso. All'ispezione si constatò la esistenza di una paralisi del velo palatino del lato destro. L'A. fa notare che durante il corso della febbre tifoidea non riscontrò nella gola alcuna manifestazione nè difterica, nè di altra natura. Questa complicazione della febbre tifoidea merita di essere segnalata essendo molto rara. (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 20 aprile 1901).

4. **Un caso di ustione dell'esofago e della laringe con esito letale**; per il dott. E. SCHMIDT. — Un bambino di tre anni volle bevere direttamente ad una teiera piena di acqua ad altissima temperatura. Non fu possibile stabilire se l'ustione fu prodotta dal vapore, o dall'acqua medesima. Chiamato d'urgenza un medico ed uno specialista non poterono constatare alcun fatto morboso particolare.

Passati sollecitamente il dolore e lo spavento il bambino potè continuare a bere e ciò rassicurò i parenti, ma nella notte fu preso da disturbi respiratori. L'esame diretto eseguito la mattina successiva dal dott. Schmidt non fece rilevare alcun segno della bruciatura.

Le labbra, la lingua, la faringe, tutto era normale. In nessuna parte della muccosa si vedevano punti arrossati. Il bambino aveva una leggiera dispnea, con respirazione accentuata e dolore moderato nel deglutire, ma si nutriva discretamente. Negli organi toracici non fu riscontrato niente d'anormale. L'esame laringoscopico non potè essere eseguito.

Nel pomeriggio il malato s' aggravò; comparve un enfisema sotto cutaneo nella regione del collo delle guancie e della nuca. La dispnea divenne più inquietante; furono eseguite varie iniezioni cutanee, ma aggravandosi sempre più i disturbi respiratori, la sera stessa fu tracheotomizzato. L'introduzione della cannula produsse un grande miglioramento, ma nel giorno successivo il cuore si indebolì; si sviluppò una polmonite lobulare a sinistra con temperatura molto elevata, polso frequentissimo, coma, morte.

All'autopsia fu trovato, oltre la polmonite, inspessimento e rigidità di tutta l'epiglottide; necrosi della muccosa della superficie

laringea della epiglottide e della stessa muccosa laringea fino alle corde vocali. Allo stesso livello della parte necrosata della muccosa laringea, nel punto nel quale la faringe si converte in esofago, si trovò una necrosi dei tessuti in forma semicircolare, comprendente le pareti laterale e anteriore dell'organo, necrosi nettamente delimitata rispetto alle parti sane.

L'altezza di questo anello necrotico era di un centimetro. (*Revue hebdomadaire de laryngologie;* etc., 30 marzo, 1901).

5. **Influenza della gravidanza sul corso della sclerosi dell'orecchio medio;** per il dott. R. Hélot. — Si tratta di una *Thèse de Paris*, analizzata dal Dott. E. Lafarelle, che riproduciamo, sembrandoci avere un certo interesse pratico per i nostri lettori.

Dopo Ippocrate, che aveva segnalato la soppressione delle secrezioni lochiali come possibile causa di sordità, molti medici hanno osservato che la gravidanza s'accompagna spesso con disturbi uditivi: gli ostetrici prima, e poi gli otojatri, hanno notato in questi ultimi anni che la gestazione esercita una influenza sulla etiologia e sul corso della sclerosi auricolare.

L'esame di 885 donne gravide, sotto il punto di vista dell'udizione, ha fatto classificare in due separate categorie le diverse modificazioni che si notano negli organi uditivi nelle gestanti.

1° *Disturbi auricolari transitori durante la gravidanza* (5 %): ipoacusie, rumori, manifestantisi durante il 3° od il 4° mese, e disparenti alcuni giorni prima del parto, per ricomparire nella successiva gestazione. Questi disturbi leggeri si osservano specialmente in quelle donne che li accusano pure durante il periodo mestruale.

2° *Disturbi dell'udito aggravantisi dopo la gravidanza.* Molto più gravi dei precedenti. Si manifestano dopo il parto tanto nelle donne che avevano sempre avuto l'udito normale, come in quelle aventi l'udizione alterata da molto tempo. In questi casi anche colla soppressione della causa, la malattia segue una evoluzione progressiva e si aggrava ad ogni successiva gravidanza.

La sordità ed i rumori subiettivi sono i rumori che più molestano le pazienti; i dolori e le vertigini sono eccezionali. La paracusia di Willis non fu mai osservata dall'A.

L'esame fisico e funzionale mostra che si tratta di una lesione dell'orecchio medio e questa malattia consiste nella *sclerosi*, mentre l'orecchio interno resta inalterato.

Sono state invocate molte cause per spiegare la genesi di questi disturbi auricolari: le modificazioni della crasi sanguigna, la pletora della gravidanza, i disturbi funzionali riflessi della innervazione, l'auto-intossicazione gravidica, ecc. È la *congestione*, scrive l'A., che si deve incriminare, congestione che non solo aggrava una sclerosi preesistente, ma basta, per la sua durata ò le sue recidive, a provocare questa lesione.

Si ignora perchè in alcune donne questo fatto si produca, ed in altre no.

I disturbi auricolari che si manifestano colla gravidanza e spariscono al termine della medesima non necessitano alcuna cura del medico, gli altri invece si trattano come i comuni casi di sclerosi, colla sola speranza di ottenere qualche miglioramento.

Una tesi consimile era stata scritta dal dott. Bayee pochi mesi avanti: le due tesi giungevano alle stesse conclusioni, ma Bayee sulla cura della sclerosi auricolare preconizzava l'intervento chirurgico attivo, mentre Hélot, più ragionevolmente, scrive Lafarelle, si limita a consigliare la sola cura palliativa, e non ricorda neppure la terapia cruenta (*Revue Hebdomadaire de Laryngologie, d' Otologie, et de Rhinologie;* Anno XXII, n. 6, 1901; Bordeaux). V. G.

6. **Su di un caso grave di Crup latente. Intubazione; guarigione**; nota clinica del dott. G. Prota — Il prof. Massei chiama latente quella forma di crup che comincia subdolamente e lentamente, di preferenza nella trachea, con segni di lieve stenosi, da mentire un comune catarro laringeo, con modica febbre o nulla, senza essudati sulle tonsille, o con qualche traccia di pseudo membrane nella regione ipoglottica, la quale difficilmente si può esplorare specialmente nei bambini, che a preferenza vengono colpiti dal crup. Le false membrane si stratificano dapprima sulle pareti tracheali, e poi a poco a poco si addensano concentricamente fino ad occludere quasi il lume tracheale.

Orbene questi casi sono più frequenti di quanto si crede, e sono quelli che, cominciati in chiasso, possono facilmente finire tragicamente, senza grave colpa del medico, che spesse volte non ha nemmeno tanto in mano da mettersi in sospetto.

Un caso simile è occorso all'A., caso nel quale fu necessario per l'estrema gravità l'iniezione del siero e l'intubazione, che riuscirono a salvare il piccolo malato.

In casi simili il medico deve sempre tenere presente la possibile gravità, e siccome è proprio dimostrato che il siero antidifterico non è nocivo anche nei casi comuni, deve tosto adoprarlo al primo sospetto, dal momento che anche in caso di crup le prove microscopiche e culturali possono riuscire negative.

Adoprando presto il siero, ed adoprandosene dosi abbastanza forti, verremo ad allontanare i pericoli di una possibile e minacciante asfissia, e quello di dovere ricorrere all'intubazione che è sempre un'operazione delicata, nonostante si trovino oggi dei nuovi tubi di vulcanite (O' Dwyer) che corrispondono assai meglio al loro scopo. (*Estratto dal giornale delle Scienze Mediche*, anno XXII).

Dott. R. Montelucci. (Rignano sull'Arno).

7. **Pareri medici sulla Emulsione Bertelli.** Abbiamo ricevuto questo opuscolo, e desiderosi di esaminare il responso che i medici danno sulla Emulsione Bertelli, abbiamo letto attentamente alcune delle attestazioni raccolte nell'elegante libro. Restii a tutto quanto può sapere di *reclame* abbiamo dalla lettura di esso, dovuto convincerci che realmente il nuovo prodotto dei laboratori Bertelli non a

queste deve la sua diffusione, ma soltanto al valore intrinseco che lo rende preferito ad altri preparati congeneri.

Quando si leggono nelle prefazioni dell'opuscolo relazioni di cliniche pediatriche come quelle dirette dal Fede, nella Università di Napoli, e dal Concetti, nella Università di Roma; quando gli stessi Direttori degli Istituti di Maternità di Milano, di Roma, di Novara, di Bergamo, di Arezzo ecc. e Clinici come il De Giovanni, il Bianchi, il Marchiafava, il Pacinotti, il Lombroso, il Morselli ecc. fanno ampie dichiarazioni sui risultati veramente eccezionali dell'Emulsione Bertelli, non desta più meraviglia se migliaia e migliaia di altri medici pratici confermano i risultati suddetti, e prescrivono e raccomandano questo prodotto dell'industria farmaceutica italiana, prodotto che si è dimostrato così potente mezzo terapeutico in tutte le discrasie e forme costituzionali dei bambini.

Questo opuscolo è una conferma seria ed autorevole della stima che i medici italiani ripongono nella benemerita casa Bertelli e C.°.

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1901 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza, 44.

Anno XIX. Firenze, Giugno 1901. N. 6.

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Su di una particolare sede di trasudamento sanguigno intrabuccale

Nota del Dott. GIOVANNI D'AJUTOLO

Specialista per le malattie dell'Orecchio del Naso e della Gola
a Bologna

V' ha taluni, che nello svegliarsi al mattino, o sputano della saliva sanguinolenta, o ne trovano più o meno chiazzata la federa del loro guanciale. Per la maggior parte, essi non ne fanno caso, perchè ne addebitano giustamente qualche affezione gengivale, dentaria od altra condizione morbosa manifesta della loro bocca o della loro gola; però vi ha qualcuno, o qualche suo congiunto, che se ne impensierisce od anche se ne accora, se la sorgente di quel sangue non viene tosto diagnosticata e con altrettanta prontezza rimossa. Onde il medico dev'esser ben edotto di tutte le cause, che possono dar luogo a tale fenomeno, per esser pronto ad ogni occorrenza. Io ne ho osservati alcuni casi, ma qui desidero tener parola di uno segnatamente, per la sua patogenesi veramente singolare. Eccolo.

Il 30 gennaio 1900 un collega mi accompagnò la sua signora, per vedere se fosse possibile di metterla tranquilla sulla causa di un fenomeno, che le si verificava tutte le

mattine da parecchi mesi, nel momento di svegliarsi, e che consisteva nella presenza di un liquido siero-sanguinolento nella bocca, dalla quale ella lo rimoveva col fazzoletto.

Il collega mi disse di averla fatta visitare da un distinto specialista, il quale, nulla trovando di abnorme nelle fauci e nel rino-faringe della signora, l'aveva consigliata a rivolgersi ad un egregio dentista. Questi, alla sua volta, visitata la signora e non trovando nulla di particolare nella bocca, aveva escluso qualsiasi lesione di questa cavità. Siccome però il fenomeno persisteva, non ostante qualche tentativo terapeutico, così il collega risolse di venire da me.

Esaminata io la signora, la trovai di florido aspetto fisico, non ostante i suoi 67 anni. Di gentilizio nulla c'era di particolare. Nulla di patologico rinvenni anch' io nelle gengive e nei denti; nulla nelle guance, alla base della lingua, nel palato, nel rino-faringe; per cui avrei dovuto conchiudere anch' io conformemente agli osservatori predetti. Se non che, ispezionando il pavimento della bocca (com' è mio costume, quando esamino la cavità orale dei miei malati), m' accorsi bentosto d'una considerevole vascolarizzazione della mucosa, con moltissimi punti emorragici; ond' io pensai, che quella dovesse essere la sede, ove quel fenomeno si produceva. E poichè per esperienza sapevo, che quando si fanno movimenti di suzione a denti stretti, l'effetto, che si ha, ossia il vuoto, si fa sentire precisamente in quella località e nella punta della lingua, io sospettandolo come causa, tosto domandai alla signora: se nello svegliarsi al mattino, ella si fosse accorta di tenere la bocca chiusa ed in atto di suggere: ed ella mi rispose affermativamente, aggiungendo, che da un pezzo si era addata di avere i denti molto stretti, quando si svegliava al mattino. Laonde non poteva esservi più dubbio sulla patogenesi del fenomeno. Ed a maggior conforto esisteva anche una forte iperemia delle papille fungiformi della sola punta della lingua, quasi a testimoniare, che anch'esse avevano subito l'effetto del vuoto per gli atti iterati di suzione.

Il caso quindi per me era chiaro, e chiaro per conse-

guenza riescì pure al collega, marito della signora; onde sì l'uno come l'altra si rasserenarono immediatamente. E poichè « *cognito morbo, facilis est curatio* », io allora, oltre alla cura morale necessaria per sottrarre la località malata a qualsiasi trista influenza auto-suggestiva, prescrissi irrigazioni della bocca con soluzione d'allume e l'uso di cibi e di bevande non scottanti e raccomandai, sopratutto, l'astensione da qualsiasi atto di suzione a vuoto, essendo questa per me la causa determinante di quel fenomeno morboso, mentre una scemata resistenza delle pareti vasali, prodotta probabilmente dall'età, ne doveva costituire la condizione predisponente. Non mi fu necessario di proscrivere l'uso del fumo, giacchè — fortunatamente — la signora non apparteneva a quella categoria di persone del sesso gentile, che hanno il mal vezzo di appestarsi la bocca e di avvelenarsi, fumando.

La signora — manco a dirlo — accettò il consiglio datole, e ne ottenne ben presto il desiderato effetto, in quantochè scomparve il fenomeno mattutino, modificandosi per giunta radicalmente anche quello stato quasi varicoso emorragico, che era stato notato in quella località. Solamente, in luogo dell'allume, fu usato un altro astringente. Per cui la diagnosi di sede del trasudamento sanguigno intrabuccale e la rispettiva patogenesi furono pienamente confermate, anche dal criterio terapeutico.

Che si trattasse poi veramente di un trasudamento sanguigno, lo s'induceva — a mio avviso — anche dal fatto, che il sangue, che tingeva la saliva, era — a quello che mi fu riferito — commisto alla medesima, e che non si vedeva alcuna particolare scontinuità della mucosa del pavimento orale, dalla quale, solamente, potesse gemere il sangue predetto. D'altra parte, la presenza di numerosi punti emorragici nella regione sottolinguale faceva pensare, che l'effetto del vuoto si facesse sentire su tutta quella zona uniformemente, in modo da aversi una specie di trapelamento sanguigno da più punti contemporaneamente. E dico sangue e sangue in sostanza (quantunque non ne avessi praticato l'esame microscopico), giacchè mancava qualsiasi discrasia in quella signora, da far pensare ad

uscita di semplice sostanza colorante dai vasi. L'esame microscopico poi non fu fatto, perchè, quando vidi la signora per la prima volta, in gennaio, il caso mi parve troppo chiaro per se stesso, da non richiedere alcun esame; e poi, quando la rividi, per la seconda volta, in dicembre — circa 11 mesi dopo —, l'esame non era più fattibile, essendo ella completamente guarita.

Ho voluto comunicare questa osservazione, affinchè, se nuova — come ho ragion di credere, per non aver trovato cenno nei molti libri consultati, — essa possa servire ad accrescere le nostre cognizioni sulla sede e sulle cause di trasudamento sanguigno intrabuccale. E quindi, d'ora innanzi, un medico, il quale si trovi di fronte ad un caso simile al mio, in cui la suscettibilità del malato sia fortemente eccitata dalla esistenza di un tal fenomeno, non solo esplorerà accuratamente le arcate dentarie, l'interno della guancia, il palato, la lingua (ed in specie la sua base), le tonsille, il rino-faringe, ecc., ma, ricordandosi dell'osservazione mia, esaminerà ben anco il pavimento orale (1) e rivolgerà al malato le stesse interrogazioni da me fatte, per poter stabilire una facile ed esatta diagnosi, col doppio beneficio: di tranquillare l'infermo e di mettere in salvo la reputazione propria. Io, come ho di sopra accennato, potei riescire agevolmente in quella bisogna, per l'abitudine, che ho sempre avuto, nel visitare la bocca dei miei malati, di esplorare la regione sottolinguale. E, così facendo, ho potuto anche rilevare in altri individui — che erano, o bevitori, o fumatori, o nevropatici, o affetti di fegato, o che usavano di bevande e di vivande scottanti, o che erano un po' di tutte queste cose insieme, ho potuto rilevare, dico, che il pavimento orale, di solito, partecipava a tutte quelle alterazioni vascolari, che riscontravansi più o meno estese nella mucosa del palato, delle guance, ecc. E l'esempio più notabile di simil genere lo vidi in una

(1) Recentemente ho osservato in un uomo sessantenne placche mucose soltanto nel pavimento della bocca, come pure uno stato varicoso-emorragico, soltanto nella faccia inferiore della lingua, di un oste molto attempato.

giovane signora — figlia di bevitori e bevitrice anch'essa, ed epilettica e sofferente di fegato — la quale offriva uno stato iperemico emorragico della mucosa orale, così nel palato, nelle guance, ecc., come nella regione sottolinguale. Detta signora tutte le mattine trovava la federa del suo guanciale fortemente chiazzata di siero sanguinolento, e migliorò notevolmente, dopo che, per mio consiglio, si sottomise ad una severa cura igienica ed alle irrigazioni alluminose intrabuccali, praticate col mio *irrigatore* (1) 2 o 3 volte al dì.

Bologna, marzo 1901.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli diretto dal prof. Ferdinando Massei

Tumori del naso, del cavo orale e della laringe

per il Dott. GAITO FRANCESCO

Generalità. — Come tumore oggi si ritiene qualunque neoformazione perfettamente distinta dai tessuti sui quali piglia sede, che si sviluppa con produzione di elementi cellulari, e che non raggiunge alcuna meta fisiologica. Esso, quanto a conformazione, può assumere nelle cavità da noi prese ad esame, l'aspetto di polipo, può essere papillomatoso, può specialmente nella laringe, avere la forma di mora, detta framboesiaca, ecc.

Come struttura, questa è determinata dal tessuto su cui si sviluppa; e perciò o è *connettivale*, nel qual caso la sua costituzione è data da un connettivo fibroso, cartilagineo, osseo, adiposo e così via: oppure *embrionale*: o *epiteliale* quando pigliano parte anche gli epiteli: sia quelli che tappezzano le superficie, sia quelli che rivestono i dotti glandulari; dalla qual cosa risulta che se ne stabiliscono delle varietà, secondo che ripetono o non dati tipi di tessuti epiteliali.

(1) G. D'Aiutolo. Irrigatore della bocca. *Bollettino delle scienze mediche di Bologna*, serie VII, vol. IX, 1898.

Ora, invece di esporre tutto quanto c'è di dottrinario, in generale, su queste neoformazioni, io penso limitarmi ai particolari inerenti a quelle delle cavità nasali, faringe e della laringe, e di esporli separatamente per ogni specie di neoplasia.

*
* *

Mixomi. — I mixomi sono i tumori più frequenti che si osservano nel naso e si rinvengono in individui giovani tra i 14 é i 25 anni, come risulta da accurata statistica fatta su tutti i casi di neoplasmi presentatisi all' osservazione del nostro Direttore, sia privata che di ambulatorio, e comprendente un periodo di oltre un decennio. Gli infermi sono per lo più giovanette di costituzione linfatica quantunque quasi sempre di ottima salute.

Le narici sono affette, generalmente, tutte e due; ed i mixomi s'impiantano di preferenza sui cornetti medii e nel meato inferiore; raggiungono qualche volta un volume più rilevante d'un'avellana.

Il loro colorito é di un rosso pallido, la superficie liscia, la forma di un chicco d'uva, ed essendo il loro contenuto di una consistenza molle ed il rivestimento epiteliale sottile, certe volte sono così trasparenti come se contenessero addirittura liquido. Come decorso, non si può stabilire nulla di concreto; poichè la evenienza più frequente è la straordinaria recidiva, così che abbiamo avuto in cura per anni inferme alle quali ogni volta bisognava estirpare nuovi mixomi riprodottisi.

Dal punto di vista istologico è raro rinvenire il mixoma puro, fatto essenzialmente di tessuto mucoso : cioè da cellule e da una sostanza fondamentale, liquida o gelatiniforme; invece quasi sempre vi si associano le varietà del connettivo fibroso, come pure altre volte sono mixoadenomi, contengono in altri casi tessuto cartilagineo, ecc. Quello che interessa rilevare a proposito dei mixomi è la possibilità di una metamorfosi sarcomatosa. Pochi vasi formano il sostrato nutritizio di questi neoplasmi, il che va di conserva col fatto che la loro asportazione è sempre esente da emorragie di una certa entità. Relativamente al

loro rivestimento epiteliale, che è sempre completo, v'è da rilevare che, a causa della loro molteplicità nella istessa narice, si stabilisce una compressione delle superficie di contatto per la quale, quei mixomi ad epitelio cilindrico, presentano nei detti punti la metaplasia del medesimo in pavimentoso.

Appartengono ad osservazioni di estrema rarità le localizzazioni di mixomi nella regione della cavità orale e tonsille; nella laringe se ne osservano; non però così frequentemente come risulta da recente statistica redatta altrove : l'autore convenendo per il primo, che, nel capitolo mixomi non si è limitato a descrivere i rari tumori mixomatosi ma vi ha compreso i mixo-fibromi, i mixo-adenomi ecc., quando questo tessuto fibroso, queste glandole, erano in prevalenza. Noi invece, comprendiamo i tumori ultimamente citati tra i fibromi, tra gli adenomi, poichè per la diagnosi istologica di un tumore ci lasciamo guidare dalla presenza del tessuto di struttura più elevata e che si rinviene in preponderanza.

Quanto all'età degl'infermi ed agli altri caratteri inerenti al manifestarsi del tumore sono tutti simili a quelli dei tumori benigni laringei.

***

Adenomi. — Gli adenomi sono tumori benigni i quali si sviluppano da glandole e si presentano come tumori perfettamente limitati, di forma liscia ovvero lobulata; hanno colorito roseo pallido oppure grigiastro o grigio biancastro.

Nel 1852 il *Robin* descrisse per il primo l' adenoma nelle cavità nasali a cui seguirono il *Verneuil,* il *Pugliese*, l'*Hopmann*, l'*Arslan*, il *Garzia*, il *Saitta*, ecc.

Tutti gli adenomi nasali hanno un rivestimento epiteliale il quale è cilindrico vibratile stratificato nei tumori che hanno sede dal cornetto medio in sopra, pavimentoso stratificato in quelli del cornetto e meato inferiore. S'avvera inoltre anche quì la metaplasia del cilindrico in pavimentoso, dovuto secondo il Tillaux alla infiammazione per compressione. Molte volte l'epitelio di rivestimento si

insinua in diversi infossamenti della superficie, descrivendo una curva con ondulazioni così numerose, da darle l'aspetto addirittura papillomatoso.

Le ghiandole sono rappresentate da acini e da dotti escretori; gli acini per lo più numerosi, dilatati, ingranditi o meglio ipertrofici, alcuni altri normali. Essi sono rivestiti da epitelio cubico con nucleo spostato alla periferia ed i dotti da epitelio cilindrico, il quale al momento del suo aprirsi all'esterno si tramuta insensibilmente in pavimentoso in quei tumori che hanno un tale rivestimento. L'impalcatura è formata da un connettivo fibroso o mixomatoso ovvero da ambedue le varietà.

I vasi sono quasi sempre abbondanti negli adenomi nasali come risulta dalle osservazioni dell'*Hopmann* il quale li trovò in dieci dei suoi casi in così gran numero, da chiamare detti tumori angio-adenomi-papillari. Un' ultima categoria d'adenomi molto rari sono quelli ad epitelio cilindrico descritti da *Balsin* e *Verneil.* I dotti glandolari qualche volta a causa del ristagno delle secrezioni, o dell' occlusione del punto di sbocco, possono dilatarsi così da assumere un aspetto addirittura cistico.

La metamorfosi più frequente che subiscono questi tumori è quella in epitelioma per i loro elementi epiteliali e quella in sarcoma per la trama connettivale, più frequente la prima. Come sede essi si sviluppano spesso dal cornetto medio ma possono anche attaccarsi sul cornetto superiore, sul cornetto e meato inferiore, nel hiatus semilunaris e nell' infundibulo. *Arslan* l' ha rinvenuti sul setto. Possono trovarsi in ambedue le cavità nasali.

Per il loro colorito, per la struttura certe volte assai vascolarizzata è possibile confonderli con tumori di natura carcinomatosa.

In rapporto alle altre localizzazioni, l' adenoma si è osservato rarissimamente nella laringe: mai però come adenoma puro; più spesso, una leggera iperplasia glandolare accompagnantesi con tumori fibrosi o mixomatosi.

*
* *

Fibromi. — Nel naso si sviluppano preferibilmente sul

cornetto inferiore; e quando pigliano impianto alla sua porzione posteriore si estrinsecano per l'apertura posteriore delle coane sviluppandosi liberamente nel cavo naso-faringeo, assumendo certe volte enormi proporzioni. Si possono sviluppare pure nella parte antero-inferiore del setto nasale e meno facilmente in altri punti della regione nasale. Essi vengono per frequenza dopo i mixomi e gli adenomi, come qualche volta rappresentano il punto di passaggio dal mixoma in tumore connettivale più duro, cioè quella forma detta edematosa, costituita da una sostanza fondamentale di sottili fibrille, fortemente imbevute di liquido: si possono rinvenire ancora tumori il cui tessuto è compatto in vario grado. Essi sono generalmente piccoli e rotondi, quasi mai oltrepassano la grandezza di un cece. Si riscontrano di preferenza, come i mixomi, in individui giovani e nelle donne. Mancano fatti collaterali e la narice non è mai occlusa completamente dal tumore.

La superficie esterna ordinariamente è liscia ma alcune volte può presentare un considerevole sviluppo come di papille, nella varietà dei fibromi papillomatosi. Al taglio tali tumori presentano un colorito rosso e certe volte si notano vacuoli su la cui presenza ed importanza riferirò più oltre. Accennerò semplicemente che i veri fibromi cistici del naso sono rari.

Non bisogna confondere con fibromi certe varietà di ipertrofia della mucosa dei cornetti nasali le quali alcune volte assumono l' importanza di neoplasia e cominciano come riniti ipertrofiche. Queste sono di grande interesse poichè è possibile che degenerino in sarcoma e perciò una tale tendenza è necessaria tenerla presente nell'esame istologico.

L'irrorazione sanguigna nei fibromi non è mai rilevante.

Nel cavo orale appartengono a rarità l'osservazioni di fibromi.

Sulla lingua ne sono stati osservati, sia alla superficie sia nel tessuto dell'organo : quando occupano la superficie della lingua rassomigliano a veri polipi; e sono per lo più sospesi per un peduncolo stretto e delicato; possono essere congeniti.

Sulle tonsille sono rarissimi e noi quest'anno ne osservammo un caso che sarà pubblicato da altri.

Nella laringe si localizzano più facilmente alle corde vocali e si presentano come piccoli tumoretti grossi allo incirca quanto una lente, a superficie uguale, liscia, di colorito roseo; e quando si presentano multipli, disseminati sulle corde vocali e regione ipoglottica, assumono il tipo dei tumori amiloidei, quantunque, per esser tali, non è mestieri che sieno multipli.

Istologicamente sono fibromi cistici o fibro-mixomi e più raramente fibromi puri.

Degli altri caratteri sarà tenuto parola nei singoli casi da me esaminati.

*
* *

Papillomi. — I papillomi sono tumori connettivali, i quali hanno per caratteristica di presentarsi al loro esterno disseminati di numerosi rilievi, prodotti dallo svilupparsi delle papille oltre la superficie del rivestimento epiteliale. Essi appartengono al tipo dei fibromi, e sono tumori di varia grandezza, per lo più unici, che si riscontrano in tutte le sedi che ci riguardano, maggiormente nella laringe.

Il papilloma nel naso s'è riscontrato negli individui dei due sessi, massimamente nell'età giovane ed in un caso di nostra osservazione si accompagnava con altri nove piccoli tumoretti nell' istessa narice, nessuno dei quali presentava eguale struttura. I suoi caratteri, ora descritti, molte volte non sono tanto evidenti, in modo che è possibile confonderli con i fibromi all'esame macroscopico. Come questi, hanno per lo più una consistenza dura elastica, un colorito grigiastro, e nei casi in cui la loro superficie viene ad ulcerarsi per una causa qualsiasi, possono mentire l'aspetto d'un carcinoma, allo stesso modo che gli adenomi. Per altro la loro metaplasia in questo senso è assai rara.

Nella laringe il loro sviluppo qualche volta può essere considerevole in modo che, quantunque tumori benigni, impensieriscono seriamente solo per il loro volume. Come caratteri istologici, essi sono formati da un connettivo del

tipo del fibroso molle ed assieme alla ricchezza delle papille presentano pure assai spesso uno sviluppo considerevole di capillari.

In certi casi la loro diagnosi non è punto facile, causa la ricchezza del tessuto epiteliale, specialmente quando non si ha la preveggenza di esaminarli in sezioni verticali, potendosi diversamente confondere con tumori epiteliali a tipo piano.

Subiettivamente, soltanto quando si sviluppano considerevolmente nella laringe essi provocano fenomeni di stenosi respiratoria che certe volte si accentua in alto grado.

*
* *

Lipomi. — I lipomi appartengono a vere rarità; se n'è osservato qualcuno sulle tonsille e nella laringe, e come riferisce il *Butlin* anche sulla lingua. Il *Broca* dice che i lipomi su quest' organo sono assai più rari dei fibromi.

Essi sono caratterizzati da tumori perfettamente circoscritti, dalla superficie leggermente bernoccoluta e di consistenza soffice, ma non molle, e di un colorito roseo opaco.

Quanto al loro decorso, essi seguono quello dei tumori benigni e rimangono sempre tali.

*
* *

Condromi ed Osteomi. — I condromi si osservano nel naso, per lo più sul setto; e nella laringe, per lo più sul'epiglottide. Qui però raramente presentano il carattere del puro condroma; la cartilagine è frammista a zone di connettivo di diversa struttura, ed è del tipo della cartilagine dell'epiglottide, cioè reticolare.

Per la cortesia del prof. Masucci avemmo l' opportunità di osservare i preparati di un tumore misto di cartilagine e tessuto fibroso grosso quanto un chicco d'uva, peduncolato, che discendeva nel cavo glottico. Per la presenza in esso di cartilagine reticolare e per l' impianto alla regione aritenoidea si stabilì che il suo punto d'origine era stato il processo vocale della cartilagine aritenoide.

Per il decorso, sintomi ecc. mi riporto a ciò che ho detto dei tumori benigni.

Gli osteomi, pure molto rari, si localizzano nel naso ove si sviluppano in corrispondenza del setto o dei cornetti, specialmente dell' inferiore.

***

Angiomi. — Sotto questo nome si comprendono quei tumori costituiti a prevalenza di vasi sanguigni e linfatici in parte neoformati, in parte preesistenti ma dilatati. Si distinguono in *angiomi* nello stretto senso (quelli che nascono dai vasi *sanguigni*); e *linfangiomi* (quelli che si producono dai vasi linfatici), e, dal punto di vista dello sviluppo delle pareti vasali, in *angioma semplice* o *telangettasico* e *angioma ipertrofico* (caratterizzato da capillari dilatati con pareti fortemente ispessite).

Nel naso gli angiomi hanno come localizzazione prediletta il setto e di essi varie osservazioni appartengono ad autori italiani.

Nel nostro Istituto però è stato osservato un caso di angioma del cornetto medio, osservazione rarissima, la quale conta pochissime simili in letteratura.

Questi tumori si presentano d' un colorito rossastro, della grandezza in generale d' un' avellana, irregolarmente rotondi e possono essere peduncolati. Al microscopio si nota un'enorme quantità di capillari i quali decorrono per ogni verso del tumore, e buona parte di essi sono neoformati, il che si rende manifesto dalle numerose gemmazioni che emanano dalle loro pareti.

La maggior parte di questi vasi presentano dilatazioni circoscritte e si anastomizzano mediante le citate gemmazioni alcune delle quali si mostrano canalizzate.

Il tessuto fondamentale può essere vario, ed in generale assume tutte le modalità del tessuto connettivale; di modo che nell' istesso tumore, in diversi punti, può essere ora mixomatoso, ora fibroso ecc.

Bisogna tener presente che alcuni autori hanno confuso i veri angiomi con le ipertrofie polipoidi dei cornetti che spesso volte mostrano una fase telangettasica.

Anzi da questo fatto hanno argomentato che sui cornetti non esistono veri angiomi. Ora è fuori di dubbio che quando assieme alla dilatazione dei vasi preesistenti si nota la neoformazione degli stessi e questa in una fase accentuata, si deve parlare di veri angiomi, poichè la rarità di un'osservazione depone per il merito della stessa e non per farla radiare dalla patologia.

Nel cavo boccale sono anche maggiormente rari e perciò teniamo a rendere di publica ragione un caso osservato in questi giorni di un angioma della fossetta sopra tonsillare di sinistra iniziatosi pochi mesi prima in un giovane di 22 anni, osservazione che per quanto c'è noto non ha simile in letteratura. Questi tumori vascolari sono eccessivamente rari nella laringe. La letteratura ne registra una decina di casi per lo più originantisi dalle corde vocali. Sono in generale di colorito bleu-oscuro o rosso vinoso carico, grandi come una mora a cui molto rassomigliano, ovvero piccoli, rotondi, come piselli; ma il loro volume e l'aspetto si cangiano quando una pinza li stringe e l'asporta di modo che i loro caratteri esterni si ravvisano meglio con il laringoscopio.

*
* *

Tumori amiloidi. — La sostanza amiloide può trovarsi isolatamente in punti circoscritti dell'organismo indipendentemente da malattia generale. Astraendo dalle localizzazioni amiloidee in altre parti del corpo umano, per la localizzazione in laringe non esistono oltre a quelle fatte nel nostro Istituto che osservazioni del *Burow*, *Ziegler* e *Hooper*.

Il *Massei* nel 1885 si occupava più accuratamente di questa nuova e speciale forma di tumori laringei, e stabiliva come caratteri clinici la piccolezza di volume, la rotondità della forma e più che tutto la loro molteplicità, onde, secondo *Burow*, si equivocano con i fibroidi. Per rapporto alla loro molteplicità si nota per lo più la coesistenza di un tumore delle corde vocali con numerosi piccoli tumori della regione ipoglottica. Studii consecutivi eseguiti nell' Istituto del prof. *Massei* dal *Martuscelli*

hanno dimostrato che non è necessario questo carattere della molteplicità; poichè, esaminando uno per uno i singoli tumori asportati dalla laringe in varî anni, con l'osservazione che più innanzi io pubblico e con le precedenti rese in parte già note, contiamo una decina di casi di tumori amiloidei unici delle corde vocali. La sostanza amiloide in questi tumori si presenta in forma di masse e di corpi amiloidi e può aver principio tanto dal connettivo come dall'endotelio vasale; su di questo ritornerò più dettagliatamente a proposito del caso da me citato. Qualche autore ha constatato nei suoi studi sulla degenerazione amiloide attorno ai corpi amiloidi della congiuntiva una delicata membrana contenente nuclei o anche cellule giganti. Noi però, assieme a molti altri osservatori, riteniamo che le *Zellenhullen* del Leber siano cellule del connettivo le quali si addossano intimamente alle zolle amiloidi tanto da confondersi assieme, per la qual cosa togliamo ad esse tutta l'importanza data dal detto autore per l'istogenesi della sostanza amiloide. Hanno emesse teorie sulla sua natura *Virchow, Boettcher*, *Rindfleisch*, *Ziegler*, *Cohnheim*, *Wagner*, *Wichmann*, *Rudnew*, *Leber*, *Ebert*, *Recklinghausen*, *Fumagalli e Kruch* ecc. Noi però di tante dottrine riteniamo attendibili soltanto quelle del Virchow e del Cohnheim e cioè quelle che sostengono che la sostanza amiloide o si formi nel sangue e da esso si depositi nei tessuti, o che, per un' alterazione nutritiva generale o locale, si sviluppi nel punto stesso dove si trova, per una metamorfosi dei corpi albuminosi dei tessuti medesimi. La seconda ipotesi della dottrina del *Cohnheim* non è ammissibile nei nostri casi, poichè gl' infermi non presentarono mai alcun disturbo generale dell'organismo. Infine l'ipotesi del *Rudnew* è quella che si verifica più spesso, cioè delle degenerazioni miste, di quelle, in altri termini, in cui la sostanza amiloide si genera così dal connettivo come dall'endotelio dei vasi.

***

Sarcomi. — I sarcomi sono tumori i quali si generano sempre in un tessuto del gruppo delle sostanze con-

nettive, e i cui elementi cellulari, per numero ed anche per grandezza, predominano sulla sostanza intercellulare; acquistano sempre la forma di tumori più o meno circoscritti dai tessuti vicini.

Nel naso v' è di quelli che l'ammettono con grande frequenza mentre altri li ritengono piuttosto rari; poichè alcuni opinano che si debbano considerare come sarcomi quei tumori che presentano un aspetto embrionale, anche se non inoltrato, mentre altri sostengono che si debbono ritenere per sarcomi soltanto quei tumori che hanno dato sia deformità scheletriche, sia metastasi. Evidentemente v' è dell'esagerazione tanto da una parte quanto dall'altra: poichè se nel primo caso è possibile (sino ad un certo punto) diagnosticare per sarcoma un tumore che presenta attivissima fase iperplastica, dall'altra parte sorge l' inconveniente assai più grave che si riconoscerà la natura maligna del tumore solo quando un intervento operativo sarà reso inutile.

Giudicando senza preconcetti, e semplicemente alla stregua di esatti reperti istologici si può asserire che tra i tumori a triste indole, nel naso, i sarcomi tengono il primo posto. Essendo il loro decorso ed i sintomi obbiettivi e subbiettivi molto simili al resto dei tumori di questa cavità, bisogna per la diagnosi dar molto valore alle frequenti rinorragie che accompagnano il loro insorgere, agli accessi di asma che si manifestano quando hanno assunto un rilevante volume ed alle fitte dolorose che in un certo periodo del loro sviluppo si rendono assai persistenti. Per il loro colorito è da rilevare che anche altri tumori possono presentarsi rosso-oscuri alla superficie quando sia stato possibile il formarsi al loro esterno di un deposito sanguigno. Un altro carattere importante e che esiste a fase inoltrata, è la deformazione scheletrica del naso. Dal punto di vista dell' istologia se ne sono osservate tutte le varietà; cioè sarcomi fuso-cellulari, globo cellulari, encefaloidi, telangettasici ecc. Frequente è la forma endoteliale la quale, come la più benigna, può evolvere come un fibroma od altro tumore di buona indole, il che spiega pure la loro apparente benignità di struttura. Nel naso si osservano ancora

melano-sarcomi, però più raramente, il che succede quando si sviluppano in corrispondenza della regione olfattiva ove esistono le glandole di *Bowmann* che nell' interno delle loro cellule contengono granulazioni pigmentarie (Cozzolino). L'evoluzione subdola non permette certe volte di sorprendere il tumore all' inizio della trasformazione sarcomatosa: aggiungasi che l' infermo non dà molta importanza alle frequenti rinorragie ed ai dolori; e se questi esistono, egli li attribuisce a catarri e si presenta all'osservazione quando i fatti sono accentuatissimi.

Il sarcoma della tonsilla presenta i caratteri del linfosarcoma. Se ne contano parecchie osservazioni : ed è carattere importante di questi tumori che assieme allo sviluppo della neoplasia nella tonsilla coesiste tumefazione neoplastica de' gangli del lato omologo.

Una localizzazione rara del sarcoma è quella alla tonsilla linguale; più facilmente si sviluppano sulla lingua dalle glandole delle parti laterali; come pure esiste l'osservazione di Godlee, il quale avrebbe notato un sarcoma originatosi dalla glandola di *Blandin* o di *Nuhn*.

Nella trachea i sarcomi primitivi sono rari : più frequentemente sono secondari a quelli della glandola tiroide, delle ghiandole linfatiche mediastiniche o laringee. Istologicamente, si presentano come fibro-sarcomi, sarcomi fusocellulari, a cellule rotonde ed angio-sarcomi.

Nella laringe se ne osservano; ma raramente conservano caratteri di piccoli tumori localizzati alle corde vocali. Tra quest' ultimi merita menzione un fibrosarcoma fascicolato delle corde vocali osservato nell' ambulatorio, grosso quanto un cece e che fu scambiato, per i suoi sintomi e per i caratteri macroscopici, con un comune fibroma.

Mi piace d'aggiungere al capitolo dei sarcomi, alcune osservazioni fatte nel nostro Istituto, assai rare. La prima di sarcoma della punta della lingua in seguito a morso di pappagallo, ed altri tre, pubblicati già dal nostro Direttore, di sarcoma laringeo associato a sarcomatosi cutanea.

(*Continua*).

RASSEGNE

1. **Sordità saturnina e fistola preamigdalica**; per il dott. CASTEUX.

Si tratta di due casi interessanti: il *primo* si riferisce ad un uomo di 48 anni, decoratore di case, che sembra affetto da sordità saturnina. L'accesso più antico di saturnismo rimonterebbe a 15 anni fa (coliche da piombo); altri disturbi li ebbe tre anni or sono (recidive di coliche). Comparve allora improvvisamente la sordità, con rumori di cascata d'acqua e vertigini. Gli ultimi disturbi li ebbe quattro mesi avanti la presentazione del malato alla Società Laringologica di Parigi, e questi consisterono in encefalopatie, vomiti, paralisi degli estensori, ecc. Durante questi sintomi morbosi la sordità divenne completa a sinistra.

L'esame diretto non fa ritenere alcuna lesione delle membrane timpaniche. I diapasons vertice, frontale e occipitale sono lateralizzati a destra: nonostante il Rinne è un poco negativo a sinistra. Le misurazioni sono le seguenti; per l'orecchio destro, 15 metri: ode bene la voce cantata alta. A sinistra la voce alta è intesa a 4 metri e la voce bisbigliata a soli 30 centimetri.

Sebbene l'O. creda che esistesse in quest'uomo una leggera sclerosi, pure non si può negare che le lesioni riferibili all'orecchio interno siano da attribuirsi al saturnismo. Questa sordità rientrerebbe fra quelle dette tossiche.

Nel *secondo* caso si tratta di una fistola di origine amigdalica che si apriva in corrispondenza della faccia interna della fossa nasale sopra l'ultimo grosso molare sinistro.

Il malato dagli 8 ai 25 anni soffrì di amigdalite recidivante, sempre a sinistra, ma senza la formazione di ascessi: dopo i 25 anni ebbe 10 ascessi.

Una discisione eseguita nel 1896 fu senza effetto.

L'O. eseguì nel 1898 lo spezzettamento di questa tonsilla. Durante 26 mesi sembrava che la guarigione si mantenesse, ma il mese avanti che il paziente fosse presentato alla Società Laringologica di Parigi, egli ebbe un ascesso che si aprì colla emissione di circa un cucchiaio di pus. Non si vedeva nella tonsilla alcuna lesione, ma con la guida del paziente l'O. scoprì un minuscolo forellino conducente in una ampia cavità situata al di fuori della amigdala. Fu sbrigliato questo orifizio, raschiata la cavità, da cui fu tolto del pus caseoso e fu tutto ripieno con garza all'iodoformio. Il malato era in via di guarigione e fu presentato per fare rimarcare l'origine di questa fistola corrispondente all'infezione prolungata degli strati periamigdalici. (*Archives Internationales de Laryngologie et d'Otologie;* février, 1901).

2. **La laringologia nella difesa sociale contro la tubercolosi**; considerazioni e proposte per i professori Gherardo Ferreri e Teodorico

Rosati. (*Estratto dall' Archivio Italiano di Otologia Rinologia e Laringologia fondato dai professori E. De Rossi e G. Gradenigo*).

Che la laringologia a buon diritto dovesse farsi sentinella avanzata nella difesa sociale contro la tubercolosi, era quanto ciascuno poteva ragionevolmente supporre, data la luce che si è fatta mercè l'opra degli specialisti sovra tante affezioni delle prime vie respiratorie; ma forse tale sopposizione non aveva per anco formato oggetto di un vero e profondo studio sociale quale è quello che ci sta sott'occhio, e che duole dover riassumere così in poche parole.

— Quell'immenso grido d'allarme che scienziati, governanti, educatori, filantropi ecc. spinti dalle terribili cifre della statistica, hanno gettato in faccia all'intera umanità, perchè si sollevi contro le insidie del perfido morbo tubercolare di fatto, non poteva fare a meno di scuotere i laringologi che per essere i più scrupolosi indagatori del bacillo di Koch nelle prime vie respiratorie, sembrerebbero anzi gli eletti nella lotta sovrumana che costituirà la gloria del presente secolo.

Il lato infatti più difficile della difesa contro la tubercolosi sembra essere quello di sapersi guardare e di saper distogliere dalle collettività quegli individui, che lungi dall'apparire visibilmente tubercolosi, lo sono purtuttavia per quelle lesioni di naso, bocca, gola e laringe, che tardano assai a farsi conoscere, e sono quelle che più occultamente infettano ed attentano alla pubblica salute. Tutti si guardano, e maggiormente in seguito si guarderanno dall'individuo macilento e tossicoloso, col polmone notoriamente infettato, ma chi si guarderà dal giovane apparentemente florido che ha per esempio una rinite, tonsillite o laringite tubercolare? Il naso la bocca e la gola sono infatti i primi e più naturali depositi del temuto bacillo. Strauss e Mulhall con i loro studi sperimentali lo confermano recisamente. Lenzmann e Blumenfeld assicurano che si sono avuti casi di tubercolosi boccale anche in seguito all'estrazione di denti. Lambert, Lack, Bowlhy ed altri hanno fatto conoscere ulcerazioni tubercolari miliari nella muccosa delle fauci ed ai bordi basilari della lingua, ed altri (Herman, Schrötter, Hugh, Walsham ecc.) nel palato molle, nella faringe, nelle tonsille ecc. ecc. Chiari, Herzog, Heryng poi per il naso, e Gleistman, Sokolowski, Massei, Gouguenheim e moltissimi altri per la laringe, tutti insomma dimostrano ad esuberanza la sosta del bacillo di Koch nelle prime vie respiratorie di tanti individui, che non si supporrebbero tubercolosi, e che solo gli specialisti possono scoprire e denunziare alle pubbliche leghe di difesa antitubercolare.

I laringologi dunque hanno, più che il diritto, il dovere della parola nella grande discussione dei mezzi che sono più necessari per combattere la tubercolosi. Forti delle suesposte ragioni perciò, i due autori cominciano con l'osservare che nella gran lotta contro la tubercolosi gli stessi *sanatori* non possono riuscire che insufficienti. In essi sarà impossibile racchiudere tutti quei malati poco e punto so-

spetti di cui ora parlavamo; prima di tutto per la stessa difficoltà di riconoscerli, secondo, per l'estrema difficoltà del persuaderli. Chi è molto malato è facile possa lasciarsi persuadere, ma chi si sente bene come può subire una simile coercizione? E come si può poi togliere d'un tratto alla famiglia il sostegno di un capo di casa, o di qualche giovane operaio, che convenientemente curati possono anche guarire senza abbandonare il lavoro?

In Italia poi muoiono 40,000 persone di tubercolosi. Supponendo che i morti rappresentino il 25 per 100 dei soli ammalati ben conosciuti, possiamo dire che nella medesima per esempio esistono in media 160,000 tubercolosi manifesti. Ora siccome si dice che in un sanatorio non potrebbero prendere posto più di 100-150 tubercolosi, ne deriva che occorrerebbero almeno 1000 sanatori. Ebbene se questi 1000 sanatori possono portare per se soli una spesa favolosa, come dovremmo fare ad includere in altri anche quel numero infinito di malati che sono tutt'altro che conosciuti?

Alcuni autori per giunta sono contrari alla cura nei sanatori dei malati di laringe. Il Lennox Browne a questo proposito ha fatto conoscere come malati di tisi laringea migliorati a Londra sono peggiorati in stazioni climatiche, pure essendo stati sottoposti in ambedue i luoghi alla stessa cura e da lui stesso. Altri poi, compresi i nostri autori, opinano che i laringotisici gravi s'aggravino con l'aeroterapia libera, per il chè essi ultimi, tutto considerato, s'avviano verso le seguenti conclusioni. Viste le difficoltà morali e materiali di rinchiudere nei Sanatori tutti quanti i tubercolosi, occorre escogitare, dicono, essi, un qualche altro sistema che permetta: 1° di poterli sorprendere tutti; 2° di poterli soccorrere ed isolare nella maniera più cortese e meno coercitiva.

In Germania dove i sanatori hanno già dimostrata la non piena efficacia, si sono escogitate apposite stazioni di osservazione, chiamate *Policlinici antitubercolari,* allo scopo di diffondere i mezzi per conoscere e curare il male, e facilitare così la grande opera di selezione; ma se questo è un buon avviamento non può bastare.

Il miglior progetto invece sarebbe quello di dare un maggiore sviluppo ai nostri ambulatori, alle nostre ambulanze. Esse sono già entrate nella coscienza del pubblico, che a quelle ricorre con piena fiducia, senza riguardi, senza diffidenza. Esse sole possono scoprire il maggior numero di tubercolosi, ed esse sole possono trovare il modo dolce e garbato di trattenerli a scopo di cura anche per l'intera giornata. Gradatamente dall'eccessiva modestia odierna dovrebbero assurgere al grado di qualche cosa di medio fra le ambulanze stesse ed i sanatori. In esse non dovrebbe mancare cioè ampiezza di ambienti, aereabilità, giardini, stanze apposite per inalazioni, bagni, ginnastica, radiografia, ecc., buon *confort* e quanto altro potesse reputarsi necessario per il più gradito soggiorno possibile dei malati, che sarebbero coscienziosamente studiati, curati, educati, istruiti, e di-

visi a seconda della loro malattia; oltre ad essere nutriti nella maniera più razionale, ed aiutati in quello che loro occorra.

In una parola queste ambulanze che i nostri due autori chiamerebbero « *ambulanze tisio-terapiche* » dovrebbero sotto il manto della bene intesa carità e dell'amorevolezza, e con la massima avvedutezza, compiere la stessa azione protettrice dei sanatori, pur richiedendo una spesa infinitamente minore, e procurando di vincere quell'istintivo senso di repulsione che il pubblico ha per tutto ciò che sa di formalismo autoritario, e che si annunzia come uno dei più grandi ostacoli per il trionfo dei sanatori.

Gli autori coloriscono queste loro considerazioni e proposte con tal copia di buoni argomenti da meritare che le medesime siano prese in seria considerazione. Dott. R. MONTELUCCI.

3. **Ricerche sui mezzi di difesa dell'organismo contro l'infezione respiratoria in rapporto delle fosse nasali**; pel dott. P. VIOLLET. — L'A. ricorda le differenti opinioni emesse in quest'ultimi anni sulla septicità delle fosse nasali, opinioni nelle quali alternativamente è stato sostenuto prima una grande septicità, poi l'assenza di microbi nelle fosse nasali. Gli studi recenti starebbero a dimostrare la septicità normale delle fosse nasali sane, ma la maggioranza degli autori ammette che il mucco nasale non costituisca un mezzo favorevole per lo sviluppo dei germi morbosi. Le ricerche fatte dall'A. proverebbero quest'ultimo fatto.

L'A. stesso cerca di spiegare come avvenga che il numero dei germi va gradatamente diminuendo a misura che si procede nelle fosse nasali dall'interno verso l'esterno, sebbene il mucco nasale non sia battericida: senza ricercarne la loro origine esatta, il Viollet trovò nel mucco nasale un gran numero di leucociti viventi, che possedevano attivi movimenti amiloidi e capaci di spostarsi in tutti i sensi e di appropriarsi delle molecole di carminio o degli elementi microbici. Come conseguenza di questi studi l'A. insiste nel ritenere insufficiente il filtro nasale per la difesa dell'organismo e nel raccomandare la necessità di una vigorosa antisepsi nella chirurgia nasale (*Annales des maladies des oreilles*, etc., marzo 1901).

4. **Angioma della laringe in un bambino di sei anni tolto per la via endo-laringea e con l'anestesia cloroformica**; per il dott. A. J. BRADY. — Il malato soffriva di fiocaggine e di dipsnea, tossiva molto e espettorava sangue di tanto in tanto. Lo specchio laringeo fece vedere un tumore tondo al livello della commettitura anteriore delle corde vocali. Questo tumore era di colore rosso scuro con superficie leggermente rugosa. Faceva molto sangue e tutte le volte che il malato tossiva lo specchio era ricoperto di sangue. Le due amigdale erano ipertrofizzate, ma non vi erano vegetazioni adenoidi. Molti tentativi per estrarre il tumore per la via endolaringea servendosi della cocaina come anestetico sono restati senza resultato. Non è stato possibile di ottenere un'anestesia completa, il malato tossiva ogni volta che si introduceva la pinzetta. Gli fu amministrato allora

del cloroformio attirando la lingua in avanti per mezzo dell'abbas-lingua di Kirstein così si poteva vedere la parte superiore della glottide, ma non il tumore. Si introdusse allora nella laringe una *curette* di Heryng, con la quale si praticò a tre o quattro riprese il *curettage* al livello del posto che si sapeva essere la sede del tumore. Ne seguì una leggiera emorragia e si estrassero molti pezzetti di tessuto che si riconobbe come proveniente dal tumore. Un esame ulteriore mostrò che una parte del tumore non era stata tolta, in modo che dieci giorni più tardi si ricominciò con lo stesso processo questa volta con un successo completo. La voce è attualmente chiarissima e non resta traccia del tumore. (*Revue Hebdom. de Laryngologie, et de Otologie; 13 avril, 1901*).

5. **Le lesioni sifilitiche e parasifilitiche del naso.** — Studio clinico pel dott. GUSTAVO MESSI — *Napoli, Tipog. Tramontano*, 1900. — L'A. con una chiarezza ed una precisione impareggiabili descrive le lesioni sifilitiche del naso in ordine alle classiche manifestazioni, primarie, secondarie, terziarie, e tenendo ampia menzione di tutte le varie forme e complicanze che più raramente possiamo avere occasione di vedere.

Espone di tratto in tratto la diagnosi differenziale così importante in questo argomento, e la cura a seconda dei vari casi e delle varie località; il tutto in maniera così ampia e bene esplicativa da potersi dire ch'egli esaurisca addirittura l'argomento nel suo bel lavoro che per la sua natura si rifiuta ad essere in qualsiasi modo riassunto.

Importantissime sopra ogni dire le osservazioni e le disquisizioni che egli fa a proposito delle *lesione parasifilitiche*, ossia di quelle che sono o si presentano come una conseguenza della sifilide. Secondo l'A. bisognerebbe distinguere od indagare quali sono raramente quelle dove si può dimostrare l'indole o il substrato sifilitico, e quali quelle che potrebbero dirsi di natura varia e solo occasionata dalla sifilide. In certi casi infatti essa non fa che preparare il terreno per l'attecchimento di altri germi. Anzi l'A. propone le denominazioni di *parasifilitiche primarie e parasifilitiche secondarie* per precisare quali sono le lesioni che dipendono in realtà dalla sifilide, e che perciò sono suscettibili di cura antisifilitica, e quali quelle che si dimostrano come una pura conseguenza delle alterazioni sifilitiche stesse e nelle quali perciò la cura antisifilitica non farebbe che porre a rischio la reputazione del medico, riuscendo inconcludente, e reclamando invece esse le cure locali ordinarie.

La *paresi del velo*, certe *osteiti* con formazione di sequestro, *le riniti atrofiche, l'anosmia, l'atresia delle coane, le aderenze cicatriziali del velo pendulo alla faringe* ed altre ancora dovrebbero, secondo l'A., essere accluse alla categoria delle lesioni parasifilitiche secondarie piuttosto che esser dette esiti ultimi della sifilide.

Dott. MONTELUCCI.

BIBLIOGRAFIA

Cura delle malattie dell'orecchio. (*Thérapeutique des maladies de l'oreille*); per i dottori M. Lermoyez et M. Boulay. Paris, Octave Doin, Éditeur, 8, Place de l'Odéon, 8-1901.

Abbiamo ricevuto due elegantissimi volumi, legati in pelle e oro facenti parte *de la Bibliothèque de Thérapeutique Médicale et Chirurgicale Dujardin-Beaumetz et Terrillon*. Nei due volumi, di circa 400 pagine ciascuno, è stata dai valenti autori ampliamente trattata non solo la cura medica e chirurgica delle affezioni auricolari, ma ogni capitolo comprende pure in succinto la parte patologica. Alcune utilissime considerazioni generali precedono i metodi di semeiotica auricolare. Tutto è scritto colla massima chiarezza e brevità, e moltissime figure ben disegnate servono ad illustrare il testo.

Con questa pubblicazione Lermoyez e Boulay hanno reso un vero sevizio tanto agli specialisti, quanto ai medici, compendiando in 2 volumi ben ordinati quanto modernamente si conosce in fatto di patologia e terapia medica e chirurgica delle infermità auricolari.

*
* *

Atlante del prof. dott. Vittorio Nicolai, di Milano.

Il distinto specialista milanese ha intenzione di pubblicare nel corrente anno un atlante con testo in compendio per illustrare la tecnica degli esami della faringe laringea, del naso, dell'orecchio ed esofago e l'anatomia topografica di tali regioni, allo scopo di facilitare lo studio e l'insegnamento della specialità, e di richiamare i dati anatomici tanto facilmente dimenticati. L'autore ha già spedito ai cultori delle nostre specialità un indice delle tavole ed alcuni disegni facenti parte dell'atlante nonchè una scheda di sottoscrizione. L'atlante sarà costituito da circa 80 tavole in 4° grande, contenente più di 300 incisioni con le relative illustrazioni e formante un volume di quasi 300 pagine.

L'importante pubblicazione è posta in vendita a dispense o ad opera completa: le 19 dispense costano lire 28; l'opera completa, con semplice copertina, lire 25; rilegata in tela con impressioni in oro lire 30. Ultimata la pubblicazione, il costo sarà di lire 60.

Coloro che intendono abbonarsi, o versano all'atto della sottoscrizione l'intero importo, ovvero lire 9, che saranno computate nel pagamento a saldo da attuarsi sia alla consegna dell'opera completa, sia nel pagamento delle dispense, che verrebbe ridotto a 1 lira per copia.

Agli studenti, debitamente riconosciuti, che facciano un abbonamento collettivo di 15 copie, l'autore accorda lo sconto del 10 °/₀ e quindi un versamento di lire 6 all'atto della sottoscrizione, e poi 1 lira per dispensa, ovvero lire 16,50 per l'opera legata in copertina, lire 21 se legata in tela.

Per ogni ulteriore informazione dirigersi all'autore, professore dott. V. Nicolai, Corso S. Celso N. 1 - Milano.

*
* *

Atti del secondo Congresso Spagnolo di oto-rino-laringologia.

La riunione ebbe luogo in Barcellona dal 19 al 22 settembre 1899, ed il libro, che ci è stato cortesemente inviato, contiene tutte le interessanti comunicazioni che vi furono fatte e le relative discussioni. Il volume, che comprende oltre 270 pagine, con molte incisioni intercalate nel testo, è stato stampato a Barcellona da F. Sanches, **Passeo, de S. Juan, 144.**

*
* *

Atti della Società otologica del Regno Unito d'Inghilterra.

Comprendono un piccolo ma elegante e nitido volume pubblicato per cura dei dottori Charles A. Ballance e Arthur H. Cheatle. I principali cultori inglesi della otologia presero parte a questa prima riunione e vi portarono il contributo del loro sapere.

*
* *

Atlas des Krankheiten der nase, ihrer nebenhöhlen und des nasenrachenraumes.

Abbiamo ricevuto il *primo* ed il *secondo* fascicolo di questa importantissima pubblicazione del dott. P. H. Gerber di Königsberg. Le figure sono benissimo disegnate e colorate; crediamo molto utile questo atlante per uso didattico. E' stampato in Berlino da Von S. Karger ; 15, Karlstrasse e costa 6 marchi per ogni fascicolo.

*
* *

La pratica oto-rino-laringojatrica.

E' questo il titolo di un nuovo periodico della nostra specialità del quale ricevemmo il primo numero. Il giornale si indirizza specialmente ai medici pratici ed è redatto dal prof. T. Della Vedova e dott. A. Ambrosini, Direttore l'uno e Condirettore-aiuto l'altro di un Istituto e Clinica per la cura delle malattie degli orecchi, del naso e della gola di Milano. Il moltiplicarsi dei giornali che si riferiscono alla oto-rino-laringologia dimostra la sempre crescente importanza acquistata da questi studii, perciò salutiamo con piacere la nuova pubblicazione. V. G.

NOTIZIE VARIE

Un giovane collega estinto. Dal nostro egregio collaboratore, professor Foraci di Palermo, abbiamo ricevuto il triste annunzio dell'avvenuto decesso del **prof. Giuseppe Ficano.** Nel prossimo fascicolo di questo periodico dovendo pubblicare un lavoro che il Ficano ci aveva spedito pochi giorni prima di morire, pubblicheremo pure alcune note biografiche del compianto amico e collaboratore.

Società Belga di Otologia, di Rinologia e di Laringologia. — Domenica 2 giugno, si riunì nell'ospedale di San Giovanni a Bruxelles la Società Belga di Oto-rino-laringologia sotto la presidenza del dott. Gevaert.

Società Italiana di Medicina Interna. — La Società Italiana di Medicina Interna, nella assemblea generale dei soci tenuta in Roma sotto la presidenza di S. E. Guido Baccelli, acclamava la città di Pisa a sede del suo XI Congresso.

Il Consiglio direttivo della Società ha ora deliberato che il Congresso abbia luogo nei giorni del 24 al 28 del pross. mese di ottobre.

Il Consiglio stesso ha scelti ed assegnati per le relazioni i seguenti temi:

1.° La peritonite da propagazione nella febbre tifoide. (Queirolo e Fedeli).

2.° Di alcune moderne questioni sulla patologia del fegato. (Fenoglio e Cesaris-Demel).

3.° Di alcuni problemi della patologia del cuore. (Baccelli).

Saranno, inoltre, fatte le annuali relazioni sui: Progressi della Diagnostica e Terapia (Landi e Mariani).

Il Comitato ordinatore rivolge calda preghiera ai colleghi affin-

chè vogliano inviare la loro adesione al Congresso, e contribuire con comunicazioni scientifiche e pratiche ai lavori della Riunione.

Il prof. G. B. Queirolo è presidente del Comitato ordinatore, ed il prof. L. Landi (5, Via del Risorgimento, Pisa) nè è il Segretario Generale, a cui devono essere indirizzate le adesioni, e domandati schiarimenti.

La Direzione sente il dovere di ringraziare gli Autori che si degnarono inviarle in dono le seguenti pubblicazioni:

Bottazzi dott. Filippo, *Contributo alla Fisiologia del tessuto di cellule muscolari:* Parte I, II e III. (Firenze, Tip. G. Carnesecchi e figli, 1897).

Idem. — *Ueber die Innervation des Herzens von Scyllium canicula und Maja squinado.* (Estratto dal Centralblatt für Physiologie, März 1901).

Idem. — *Contributi alla Fisiologia comparata della digestione.* (Firenze, Società tipografica Fiorentina, 1901).

Idem. — *Ancora dell'azione del vago e del simpatico sugli atri del cuore dell'Emys europea.* (Estratto dalla Rivista di Scienze Biologiche, n. 11-12, vol. II, Como; Stabilimento Tipo-Litografico Romeo Longatti, 1900).

Idem. — *The oscillation of the nuricolar Tonus in the Batrachian Heart, With a Theory on the Function of sarcoplasma in Muscular Tissues.* (Estratto dal Journal of Physiology. Vol. XXI, 1897).

Idem. — *Ricerche fisiologiche sul sistema nervoso viscerale delle Aplisie e di alcuni Cefalopodi.* (Estratto dalla Rivista di Scienze Biologiche, n. 11-12, Vol. I, Como, Stabilimento Tipo-Litografico Romeo Longatti, 1899.

Campaired dott. C. — *Algo solve la Sinusitis Frontal Cronica y la operaciòn de Ogston-Luc.* (Madrid, Establecimento Tipografico de Idamor Mereno. Blasco de Garay, 9. 1901).

Ferreri prof. Gherardo. — *Un cas de Leucemie Aigue d'origine tonsillaire.* (Estrait des Annales des maladies des l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, publiées par A. Gouguenheim et M. Lermoyez. Paris. Masson et C. Editeurs, libraires de l'Académie de Médicine, Boulevard Saint-Germain, 120).

Idem. — *Olfatto.* — (Roma, Officina Poligrafica Romana, Via Milano 37. 1901).

Idem. — *Sui disordini nervosi della laringe da causa traumatica.* (Estratto dall'Archivio Italiano di Otologia Rinologia e Laringologia, fondato dai prof. E. De Rossi e G. Gradenigo. Torino, Stamperia dell'Unione Tipografico-Editrice, Via Carlo Alberto. 33, 1901).

Idem. — *Sur les nèoplasmes du sinus sphènoidal.* (Extrait des Annales des maladies de l'oreille, du Larynx, du nez et du Pharynx, publiées par A. Gouguenheim et M. Lermoyez. Paris. Masson et C. Editeurs, libraires de l'Académie de Médicine, Boulevard Saint-Germain, 120). *(Continua).*

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1901 — Tipografia Luigi Niccolai, Via Faenza, 44.

Anno XIX. Firenze, Luglio 1901. N. 7.

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Laborim probus omnia vincit.

ANGINA DI LUDWIG

pel Dott. G. FICANO

Docente in Oto-rino-laringologia nella R. Università di Palermo.

Nel 1896 ho comunicato, nella R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo, un caso di angina di Ludwig, molto importante, in persona del parroco di un paese vicino a Palermo, il quale morì quasi fulminato, durante una evacuazione alvina, non avendo voluto ascoltare il consiglio di operarsi.

Sin d'allora ho fatto rilevare l'importanza e la gravità di tale affezione che, se non s'interviene in tempo e con fortuna, può uccidere in pochi giorni in un modo insidioso.

L'angina di Ludwig è un'affezione che presenta in principio grandi difficoltà diagnostiche e quando la diagnosi si può fare netta, allora vi è il pericolo che l'ascesso scoppi da un momento all'altro. La morte avviene per asfissia rapida, dovuta alla penetrazione del pus nelle vie respiratorie.

E, atteso la gravità del male, vengo oggi a pubblicarne altri due casi, che ho avuto occasione d'osservare in seguito; e siccome i diversi trattati, o non parlano affatto dell'affezione in esame, o appena ne fanno cenno, così credo

che non sia superfluo, prima di descrivere i casi clinici, dire poche parole sull'affezione stessa.

L'angina di Ludwig è un ascesso acuto e profondo del collo, per lo più bilaterale e d'indole infettiva, che comincia come l'angina acuta, cioè con malessere, dolori, specie nella deglutizione e lievi disturbi respiratori, però in poco tempo le sofferenze dell'ammalato aumentano rapidamente. All'esame diretto in principio nulla notasi di positivo, ma in seguito si vide al laringoscopio una tumefazione alla base dell'epiglottide, che spinge la lingua in alto e in avanti, ostacolandone i movimenti, per cui si ha la parola impacciata, dispnea ed anche accessi di soffocazione, disfagia, dolori acuti ed aumento di temperatura. Se la tumefazione si porta verso l'esterno, ciò che può avvenire nell'ultimo periodo dell'affezione, allora si ha il collo tumefatto.

La malattia nei primi giorni ha un andamento regolare, tanto che non preoccupa nè l'ammalato, nè il medico, ma in seguito progredisce rapidamente ed in pochi giorni si forma una raccolta purulenta così copiosa, che se non si interviene a tempo, si apre internamente con tale veemenza d'arrecare la morte istantanea per asfissia.

L'apertura spontanea si verifica quasi sempre all'interno, in conseguenza della disposizione e della resistenza dei tessuti del collo, che impediscono il portarsi dell'ascesso all'esterno.

In quanto alla cura si potranno in principio tentare i risolventi, ma se l'infiammazione progredisce, non bisogna esitare a fare incisioni preventive nelle sedi di elezione; del resto esse nessun pericolo possono arrecare, quando s'incidono i tessuti a strato a strato e sotto la guida della sonda scanalata. Quando poi si è formato l'ascesso, bisogna, anche nel dubbio, praticarne l'apertura al più presto possibile, poichè ogni ritardo potrebbe essere pericoloso per la vita del paziente.

L'apertura dell'ascesso si può praticare o per la via interna, dalla bocca, o per la via esterna, dal collo. Certamente la via interna sarebbe la migliore, perchè si penetra più facilmente nell'ascesso, però è da preferirsi l'esterna ad evitare la facile penetrazione del pus nelle vie

respiratorie; del resto praticando prima la puntura esplorativa, che ci indica, il luogo preciso dell'ascesso, ogni difficoltà viene eliminata e l'operazione riesce facile e sicura.

Premesse queste poche osservazioni dedotte dai tre casi clinici, che ho avuto occasione di osservare, passo a descrivere brevemente gli ultimi due casi.

Il primo ho potuto osservarlo nella persona di un capitano d'artiglieria, che ebbi occasione di visitare dopo 2 o 3 giorni di malattia. Non vi erano sintomi gravi; col laringoscopio notavasi una lieve tumefazione alla base dell'epiglottide, causa dell'impedita respirazione, e l'ammalato lagnavasi inoltre di una sensazione dolorosa alla gola, specie nei movimenti di deglutizione e vi era lieve aumento nella temperatura.

La malattia, a dire il vero, non presentava caratteri tali da potere formulare una diagnosi assoluta e da indicare subito un intervento chirurgico, però avendo ancora presente la fine del povero parroco, non esitai, anche nel dubbio, a proporre l'incisione d'urgenza, dichiarando ai parenti la gravità del caso.

Lo stesso giorno mi riunii col medico curante e d'accordo si stabilì d'operarlo subito; difatti, preparato l'occorrente per la apertura esterna e per una eventuale tracheotomia, ci accingemmo all' incisione. Prima però si fece una puntura esplorativa alla regione sopra-ioidea a destra, che risultò positiva; sicuri allora del risultato s' incisero strato a strato i tessuti finchè si penetrò nella cavità ascessuale, che era situata profondamente e da dove uscì una discreta quantità di pus.

L' indomani trovai l' infermo molto migliorato, tanto che lo lasciai al curante, un bravo medico militare. Ho saputo in seguito, che dopo alcuni giorni si dovette praticare la stessa operazione a sinistra coi medesimi risultati. L'ammalato potè, dopo pochi giorni, riprendere il suo servizio, completamente guarito.

Il secondo caso riguarda un marinaio da Porticello, d' anni 50 circa, il quale, sofferente da alcuni giorni alla gola, venne, da me per essere visitato. Le sue condizioni erano veramente gravi.

Esaminatolo trovai una tumefazione abbastanza rilevante al collo, mentre internamente la tumefazione stessa era circoscritta, ma molto tesa e di colorito oscuro, sembrava di volere da un momento all' altro, scoppiare. Non essendo possibile di operare l' ammalato in casa mia, lo inviai d' urgenza allo Ospedale S. Saverio, dove fu ricevuto per pronti soccorsi e si cercò di operarlo subito, ma non appena incisa la pelle, l' infermo, malgrado ogni possibile ed efficace rimedio, morì come fulminato.

L' indomani, recatomi all'Ospedale, per le mie solite consultazioni, mi fu riferito l' accaduto, facendomi comprendere che la morte non erasi verificata in conseguenza dell' apertura dell' ascesso, ma per altra causa. Allora, insieme ad uno dei miei assistenti, dott. Ferruzza, mi recai nella sala mortuaria per farne l' autopsia. Dalle narici usciva fuori del pus, e ciò, a dire il vero, sarebbe bastato per convincersi della causa della morte, ma, per maggior sicurezza si fece la sezione del collo e si trovò profondamente, nella regione sopraioidea, una cavità ascessuale, che si estendeva ai due lati del collo, contenente ancora del pus e colle pareti molto necrosate. Aperta la trachea vi trovammo una discreta quantità di pus, sicchè nessun dubbio che la morte avvenne per la rapida penetrazione del pus nelle vie respiratorie, in seguito alla rottura del sacco, verificatasi probabilmente per la distenzione del collo, posizione in cui fu messo l' ammalato per essere operato. (*)

(*) Avevamo da pochi giorni ricevuto questo scritto del compianto amico e collaboratore quando ci giunse la dolorosa notizia della sua morte. Il Dottor Giuseppe Ficano era nato in Bagheria (Sicilia) nel giugno del 1859 e si laureò in Palermo nel luglio 1884. Andò a perfezionarsi nello studio delle nostre specialità a Vienna, a Berlino ed a Parigi, dove fu per qualche tempo assistente dello Chatellier, che eragli sempre rimasto molto affezionato. Per sua iniziativa fu istituito nell'Ospedale di San Saverio in Palermo un servizio speciale per la cura dei mali d'occhio, di gola e di naso e Ficano ne ebbe la direzione fino agli ultimi giorni della vita. Nel giugno del 1895 conseguì per esame la Libera Docenza in oto-rino-laringologia.

Della attività scientifica di Ficano i lettori del Bollettino hanno avuto numerose prove, avendo egli pubblicato quasi tutti i suoi la-

vori in questo periodico, al quale era in modo particolare affezionato. Inviandoci questa nota clinica sull'*Angina di Ludwig*, egli non pensava certamente che essa segnava il suo testamento scientifico, di cui non avrebbe neppure rivedute le prove di stampa!

La giovane e robusta fibra di Giuseppe Ficano sembra che si spezzasse in pochi giorni al seguito di una infezione contratta forse nell'esercizio medesimo di quell'arte salutare alla quale erasi con tanto ardore dedicato. V. G.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli diretto dal prof. Ferdinando Massei

Tumori del naso, del cavo orale e della laringe

per il Dott. GAITO FRANCESCO

(*Continuaz. e fine; vedi n. 6*).

Carcinomi. — I carcinomi, nel naso, quanto a frequenza, vengono dopo i sarcomi; e sono per lo più secondari a carçinomi dell'antro, oppure rappresentano la metamorfosi maligna di adenomi e papillomi preesistenti. Essi, oltre ai caratteri clinici comuni al sarcoma cioè delle fitte lancinanti, della deformazione scheletrica ecc., ne hanno uno molto speciale: il loro colorito diventa bianco grigiastro; certe volte addirittura madreperlaceo e sanguina facilmente.

Quanto a consistenza questa è molle nei carcinomi midollari, e può arrivare persino a quella ossea: più spesso, il tumore è molliccio alla superficie, duro nelle parti profonde. Rispetto alla sede si sviluppano quasi sempre dal cornetto inferiore o dal meato medio: il quale fatto, da ricerche eseguite nel nostro Istituto su diversi tumori di tale natura, è dovuto all'essere essi molte volte propagazioni di tumori dell'antro d'Highmoro i quali, dopo aver riempito questa cavità, trovano facile breccia per espandersi attraverso il sepimento mucoso che separa meato ed antro. La frequenza di un tale fatto è notevole

nelle osservazioni che ci sono occorse in vari anni poichè, prima e dopo della comparsa del tumore nella cavità nasale, l'antro ha anche fatto vedere che conteneva uguale neoplasia. È da notare pure che in questi casi, trattandosi del tipo di adeno-carcinoma, è possibile, cogliendoli al principio della loro evoluzione, confonderli tanto clinicamente quanto istologicamente con adenomi, oppure, se si sviluppano primitivamente sul cornetto, certe volte, col papilloma. Soltanto un esame accurato delle sezioni ottenute al microtomo, dal punto di vista della topografia e della forma degli elementi epiteliali neoplastici, potrà risolvere il dubbio. Seguendosi in Clinica appunto un tal sistema, fummo fortunati di cogliere e diagnosticare tumori maligni epiteliali di questa cavità nel loro periodo iniziale, e potemmo proporre una adeguata cura radicale. La quale essendo stata rifiutata ci diè occasione di vedere in capo a pochi mesi gli stessi infermi con enorme diffusione della neoplasia, in modo che quando ci si richiese il nostro intervento non ne era più il caso. Questi tumori si possono sviluppare dalla mucosa del setto cartilagineo e certe volte assumono caratteri così poco netti (clinicamente) da confonderli con produzioni lupose.

Dei carcinomi della lingua non faccio parola essendo troppo noti i casi e le pubblicazioni ad essi riferentisi.

La prima pubblicazione di carcinoma delle tonsille risale al 1872 ed appartiene al *Poland.* Il cancro delle amigdale è rarissimo in forma *secondaria* cioè proveniente da infezione lontana o metastatica; più spesso è *propagato.* Il cancro *primario* invece si sviluppa più frequentemente sulle tonsille che sul palato molle, sulla faringe ecc. La forma *propagata* può aversi da tutte le parti vicine; più spesso dal dorso della lingua e dalla faringe; meno spesso dalla laringe, dalla mucosa delle guance, dal naso, dalla parotide e dalla base del cranio. Dal punto di vista istologico questi cancri si manifestano più facilmente sotto la forma epiteliale, anzichè sotto quella midollare. Il carcinoma epiteliale si trova per lo più su individui d'età avanzata e si presenta in generale come infiltramento circoscritto e papillomatoso ed ha un decorso piuttosto lungo;

il cancro midollare, invece, in individui giovani, è un tumore più grande ed a rapido sviluppo. Entrambi passano facilmente nella fase ulcerativa e si accompagnano alla tumefazione dei gangli sottomascellari, che ben presto si manifesta di uguale natura.

Fra le così dette neoformazioni maligne la più frequente nella laringe è il carcinoma, e con maggior frequenza, quello epiteliale. Al principio la lesione si presenta come una semplice tumefazione, senza caratteri particolari. Per lo più la sede del tumore è una delle false corde; tuttavia sono anche colpite le corde vocali vere, l'epiglottide ed i ligamenti ari-epiglottici. In seguito la diffusione neoplastica può invadere tutta la laringe in modo ch'è difficile stabilire donde sia cominciata. La superficie del carcinoma per lo più presenta uno stato di ulcerazione fungosa. *Fauvel* relativamente alla loro sede li distingue in primitivi, consecutivi e misti. Ordinariamente se l'infermo vive a lungo il tumore si diffonde alle parti limitrofe, e si rinvengono tumefatte le glandole linfatiche viciniori.

Nella trachea spesso il cancro affetta la parete posteriore, e vi è propagato dall'esofago; qualche volta, invece, dalla glandola tiroide. Per infiltrazione della mucosa ne può succedere un'ulcerazione con perforazione stabilendosi così una fistola esofago-tracheale.

Osservazioni personali

Le osservazioni che durante l'anno scolastico 1898-99 abbiamo avuto opportunità di fare nell'ambulatorio di tumori localizzati alle prime vie del respiro, raggiungono l'importante cifra di 82, così ripartite:

Regioni	Totale osservazioni	NATURA DEI TUMORI	
		negli uomini	nelle donne
Setto	4	1 ipertrofia semplice	1 adenoma, 1 fibro-sarcoma naso-faringeo, 1 mixoma.
Cornetti	25	11 mixomi, 1 telengettasico, 1 angioma, 1 fibroma cistico.	10 mixomi, 1 polipo sanguinante.
Cavo naso-faringeo	5	1 sarcoma	3 vegetazioni adenoidi, 1 sarcoma.
Tonsille	5	1 carcinoma, 1 sarcoma	2 sarcomi, 1 sarcoma
Lingua	6	4 epiteliomi, 1 linfosarcoma	1 cisti
Epiglottide	1	1 sarcoma con sarcomatosi cutanea	
Corde vocali	21	2 sarcomi di cui uno con sarcomatosi cutanea, 1 carcinoma, 2 papillomi, 1 tumore amiloideo, 4 fibromi	1 sarcoma, 1 epitelioma, 3 papillomi, 6 tumori vari.
Regione ipoglottica	2		2 sarcomi.
Corpo tiroide	12	1 sarcoma, 1 carcinoma, 3 struma semplici	8 struma semplici.
Esofago	1	1 carcinoma dell'adito	

La maggior parte di queste, non fu seguita da operazione; poichè alcune riguardano infermi inoperabili, altre, ammalati che non si fecero più rivedere. Ne restarono tuttavia, e se ne esaminarono buon numero; io però riferisco soltanto di quei tumori che al loro studio istologico presentarono particolari degni di nota, reputando sufficiente, per il resto, aver esposto in un quadro riassuntivo tutti i tumori osservati, assieme alla indicazione della loro natura.

I. — Tumore amiloide della laringe.

Storia clinica. — Il giorno 27 maggio 1899 si presenta al nostro ambulatorio L. S. di anni 52, pittore, da Benevento. Racconta che da circa un anno e mezzo ha cominciato ad avvertire un disturbo nella fonazione che andò aggravandosi man mano fino alla completa afonia la quale tuttora persiste. È ammogliato, nella sua famiglia tutti bene; non ha avuto malattie degne di nota: sviluppo scheletrico normale, nutrizione ben conservata.

All'esame laringoscopico si osserva sul margine della corda vocale sinistra un polipo grosso quanto una nocella, di colorito roseo.

Il prof. Massei fa diagnosi di fibroma e l'opera con la pinza *Makenzie.*

Esame istologico. — Il tumore è rivestito completamente da un epitelio pavimentoso stratificato, abbastanza spesso in alcuni punti e massimamente nelle parti laterali; mentre verso l'apice è ridotto ad una sottilissima benderella appiattita. Direttamente sotto il rivestimento epiteliale si notano due a tre lacune vasali piene di sangue, rivestite da un sottilissimo straterello endoteliale senza presentare alcun altro strato delle tuniche vasali. Il tessuto fondamentale è costituito da connettivo fibroso, ma molle; nel quale si scavano numerose lacune vasali ad endotelio interrotto o distrutto, assieme a parecchie ramificazioni capillari. Questo però è l'aspetto di parte dello stroma e propriamente di quella che, come una larga gittata, va dal robusto peduncolo all'apice. Lateralmente ad essa vi sono delle zone omogenee, più o meno grosse ed irregolarmente ovalari, che pigliano intensissimamente la colorazione di contrasto all' eosina. Le medesime zone appaiono di un aspetto rifrangente e ialino e arrivano dai due lati sin presso all'epitelio di rivestimento. Istologicamente considerato questo tumore è un fibroma molle, ma il particolare più degno di nota è quello dell' aspetto omogeneo testè rilevato e del quale mi occupo ora più distesamente. Comincio dal ricordare che questa varietà di degenerazione è stata raramente osservata e descritta nei tumori unici delle corde vocali; anzi, sino a poco tempo fa, si è ritenuto che la si potesse rinvenire unicamente nei tumori multipli della cavità laringea o meglio ipoglottici. Sarebbe questa la prima osservazione fatta di un tumore amiloideo unico, ma di voluminose proporzioni; poichè aveva la forma e la grandezza di una nocella.

Abbiamo quindi messo a profitto tutte le varie reazioni per la sostanza ialino ed amiloidea ed abbiamo ottenuto reperto affermativo in tale senso. Così, alla reazione iodo-solforica spiccavano per il loro colorito bruno-rossastro

due grosse zone parallelamente messe e che occupavano perfettamente gli stessi punti, che abbiamo detto si coloravano fortemente all'eosina. Così, pure, riuscì positiva la colorazione al violetto di genziana e quella all'ematossilina e poi con fucsina ed acido picrico, ossia colorazione di *Gieson*. Queste ultime due permettono poi di rilevare meglio i seguenti particolari: alla degenerazione amiloidea partecipano sia gli elementi fissi del connettivo che quelli dei vasi. Relativamente alla prima forma si nota che le cellule del connettivo man mano vanno perdendo tutti i loro caratteri ed a misura che divengono omogenee acquistano una rifrangenza notevole « rilevabile soprattutto nei preparati non colorati e chiusi in glicerina » e si fondono in masse più o meno grosse e di svariate forme. Nei vasi poi si nota la degenerazione della media, nella quale si riscontrano qua e là pochi nuclei e in alcuni, anche dell'intima. In altri, assieme alla distruzione dell'endotelio, si osservano pure corpi amiloidi, di diversa grandezza, ovalari o anche più o meno rettangolari in modo da conservare quasi la forma delle cellule endoteliali da cui senza dubbio provengono; poiché si rinvengono in quei punti ove manca l'endotelio; e nelle loro vicinanze le cellule endoteliali, che ancora tappezzano il lume vasale, si presentano in vario grado di omogenizzazione.

Corpi amiloidi si rinvengono pure negl'interstizii connettivali, la qual cosa dà diritto ad ammettere che, in questo tumore, alla loro produzione pigliano parte sia le cellule delle tuniche vasalî, sia gli elementi fissi del connettivo; dimodochè come nella maggioranza delle precedenti osservazioni anche qui si tratta di degenerazione amiloidea mista del *Rudnew*, al quale proposito rimando ai lavori precedenti ed a quanto ho detto nella parte generale, chi volesse avere maggiori notizie sulle varie teorie emesse circa la formazione della sostanza amiloidea nei tumori in genere ed in particolare in quelli della laringe.

II. — Sarcoma della tonsilla (?)

Storia clinica. — G. V. di anni 31 maritata, da Napoli, donna di casa. Non presenta note d'infezione sifilitica

recente nè pregressa; ma semplicemente si lamenta di difficoltata deglutizione, e della presenza di una massa situata in corrispondenza dell'istmo delle fauci. A quanto afferma, questi disturbi daterebbero da una quindicina di giorni. Costituzione scheletrica buona, nutrizione poco scaduta, colorito della cute un poco pallido, mucose anemiche. Al lato del collo corrispondente a quello della lesione della bocca, si osserva ingorgo dei gangli latero-cervicali i quali si presentano come piccoli noduletti spostabili, perfettamente indolenti. All'esame della cavità orale notasi la tonsilla di destra molto aumentata di volume, tumida, di colorito rosso oscuro, ricoperta sulla sua superficie da un deposito biancastro, come di piccole membrane, asportate le quali si scopre il tessuto ulcerato. Alla palpazione che provoca alquanto dolore la consistenza è dura elastica. Sulle parti limitrofe e sui pilastri si vede una iniezione della mucosa estesa per circa un centimentro attorno alla neoformazione. Il resto della cavità boccale, la faringe, le coane e la laringe mostrano semplici note catarrali.

A scopo diagnostico si asporta un pezzettino di tessuto per avere il concorso dell'esame istologico.

Esame istologico. — Il reperto istologico di questa tonsilla è di quelli che non permettono una sicura diagnosi microscopica, il che, in questo caso, come anche in altri, va perfettamente d'accordo con l'osservazione clinica. Poichè stando a ciò che l' inferma riferisce, la tumefazione della glandola assieme all' ingorgo dei gangli daterebbe da una quindicina di giorni.

Un così breve decorso fece porre come assai problematica la diagnosi di sarcoma che per altri caratteri risultava ammissibile, mentre la donna, maritata, negava il contagio sifilitico.

Così al microscopio al disotto del rivestimento epiteliale tanto della superficie che delle cripte, normali, si notano molti follicoli perfettamente integri nella loro struttura. Però tra un follicolo e l'altro il tessuto intertiziale è fortemente infiltrato da elementi piccoli, rotondi, nucleati i quali formano uno strato compatto ed omogeneo tanto, ch' è completamente impossibile osservare il reticolo ton-

sillare. Di più questi elementi parvicellulari per forma, grandezza e struttura rassomigliano più ai leucociti che alle cellule dei sarcomi delle glandole linfatiche. Pochi vasi, per lo più capillari linfatici, decorrono nel mezzo della neoformazione. Per tutti questi caratteri ora descritti a noi pare che pur tenuto conto dell' ingorgo delle ghiandole del collo ed anche riflettendo al decorso brevissimo si debba qui ammettere più un processo sifilitico quantunque i dati anamnestici fossero negativi, anzichè una neoplasia sarcomatosa della ghiandola in esame. Non ci fu possibile sciogliere il quesito diagnostico differenziale essendochè l' inferma, alla quale fu prescritta la cura iodico-mercuriale, non fece più ritorno all'ambulatorio, come spesso succede nella pratica.

III. — Sarcoma del cavo naso-faringeo.

Storia clinica. — B. F. di anni 65 negoziante, da Napoli, da circa un anno avverte la presenza d'una grossa massa nel cavo naso-faringeo, la quale gli rende penosa la respirazione e difficoltosa molto la deglutizione, tanto che l' infermo si presenta assai denutrito. All'osservazione si nota un tumore del rino-faringe più sviluppato a sinistra e che la palpazione naso-faringea dimostra venire dalla volta. Il prof. Massei fa diagnosi di sarcoma e ne asporta un pezzo per l'esame istologico, in seguito al quale l' infermo, rimandato alla clinica chirurgica, é giudicato inoperabile.

Esame istologico. — Il tumore si presenta rivestito interrottamente d'epitelio pavimentoso stratificato il quale è ridotto ad un esile straterello appiattito. In alcuni punti al disotto di questo strato epiteliale, altrove direttamente alla superficie, si nota un fitto addensamento di elementi fuso-cellulari che si va man mano sperdendo verso il centro del tumore. Tutto il rimanente tessuto mostra l'apparenza di follicoli i quali sono circondati da cellule più o meno rotonde e fusiformi, che in certi punti si dispongono come grossi cordoni anastomizzati irregolarmente; ed assumendo lontanamente un aspetto reticolato. Esaminando ad ingrandimento maggiore si nota che, sia gli ele-

menti fuso-cellulari, sia quelli che si presentano sezionati trasversalmente hanno una grande somiglianza ad elementi embrionali. Di più al centro di quelle maglie sopra descritte vi sono delle zone omogenee di un tessuto necrotico, ma che si rileva essere di eguale struttura di quello che forma il neoplasma, zone necrotiche dovute a quanto pare alla compressione centripeta di fasci fibro-sarcomatosi assieme all'enorme scarsezza dei vasi. Tutto il rimanente stroma di questa neoformazione è occupato da abbondante accumulo di leucociti i quali si dispongono uniformemente tra le varie formazioni descritte. In modo che in questo caso si ha da fare con un sarcoma fuso-cellulare, fascicolato, atipico, della regione naso-faringea, che per quella tale disposizione a follicoli deve aver preso punto di partenza dalla volta faringea e propriamente in corrispondenza della tonsilla di *Luscka.*

IV. — Fibroma cistico del cornetto medio.

Storia clinica — G. E., di anni 32, da Napoli, operaio, il giorno 11 marzo viene all'ambulatorio per essere operato. All'osservazione presenta ostruzione nasale, ed all'aspetto del tumore il prof. Massei fa diagnosi di *fibroma cistico* del cornetto medio. L'infermo fu operato l'11 aprile e non appena fu asportato un pezzetto di tumore, venne fuori una quantità di pus e la respirazione si ripristinò. Il giorno seguente, a mezzo della pinza, fu completata l'operazione.

Esame istologico. — La neoplasia, che ha punto di partenza dal cornetto medio, presenta tutta la sua superficie sprovvista d'epitelio che soltanto in limitatissimi punti è conservato e mostra i caratteri del pavimentoso stratificato. Il tessuto fondamentale si divide nettamente in due porzioni concentriche: una esterna, ricca in elementi cellulari; la interna necrotica. La porzione esterna è formata da un connettivo leggermente fibroso percorso da sezioni di vasi dalle pareti infiltrate da leucociti, e contenente una notevole diffusione dei medesimi fra le sue fibre. Immediatamente a questo strato segue il necrotico che a sua volta può essere suddiviso in due porzioni; una prima costituita

da lacune vasali, con dentro sangue disfatto; una seconda da un tessuto omogeneo, percorso da diramazioni vasali più piccole con contenuto sanguigno necrotico. All' interno di questo strato esiste una cavità dalla quale durante l'operazione fuoriuscì del pus. Però non è a parlare qui di tumore cistico nello stretto senso della parola perchè prima di tutto manca una membranella di rivestimento della cavità, e poi perchè dal centro ove s' è formato il pus, alla periferia, vi è un passaggio graduale dal tessuto necrotico a quello sano. Dimodochè quel liquido uscito ha rappresentato il disfacimento necrotico della parte centrale del tumore, nel quale si osserva un altro particolare, cioè una incipiente fase calcifica. A confermare che in questo caso non s'è trattato di tumore cistico, riporto un'osservazione, già pubblicata nel precedente resoconto dell'anno scolastico 1896-97, riferentesi ad una giovane la quale presentava un tumore al limite della coana di destra impiantato sul cornetto medio e che spaccato per metà si mostrò vuoto, presentando una considerevole cavità, onde aveva l'aspetto di una cisti con pareti dello spessore di circa tre millimetri. Orbene, l'esame microscopico confermò questa diagnosi, avendo fatto rilevare prima di tutto che nel tumore non esistevano aie necrotiche e poi che questa cavità era tappezzata da una sottilissima membranella.

V. — Tumore misto ossificante del setto nasale.

Storia clinica. — S. C., di anni 25. Nulla nei precedenti ereditari, nè ha avuto malattie degne di nota. Solo da parecchio tempo è molestata da una secrezione purulenta e fetida che esce dal naso. Inoltre s' è accorta che dal principio di tale secrezione, l'aria non passava più liberamente per detta regione.

All'esame presenta delle escrescenze carnose sulla faccia sinistra del setto cartilagineo. Esse sono di colorito pallido e ne viene fuori la secrezione puriforme. Consigliata all' inferma l'operazione, viene eseguita dal professor Massei il 10 giugno con l'ansa fredda.

Esame istologico. — Questo tumore è del tipo dei tu-

mori misti, poichè vi si osservano grosse dilatazioni vasali, produzioni glandolari, ed un sostrato connettivale che va dal tipo prettamente mixomatoso al fibroso compatto. L'epitelio che lo riveste è cilindrico stratificato, quasi tutto sfaldato ed in qualche punto ulcerato. La superficie è ricoperta da sangue e vi si notano diversi, irregolari e più o meno profondi infossamenti della mucosa.

Le ghiandole mucose sono localizzate più particolarmente verso una parte del tumore corrispondentemente al peduncolo, e sono aumentate di numero più che dilatate. Parallelamente a questa formazione di glandole si osservano dilatazioni vasali grosse, e ravvicinate fra di loro sino a 7 ad 8 per campo microscopico, in modo da assumere in questi punti, quantunqne limitati, un aspetto angiomatoso; pel resto sono rappresentati da sezioni di vasi normali, di capillari di media grandezza. In altri pezzetti escissi appartenenti alla stessa neoplasia si osserva un' apparenza sarcomatosa del tessuto, prodotta dal forte accumolo di elementi nucleati, i quali meglio studiati si ravvisano per cellule connettivali stivate fra loro. Il quale fatto può stare in rapporto sia con l'irrorazione sanguigna notevole del tumore, sia con gli stimoli meccanici che certamente hanno dovuto agire su di esso. Però quello che è di maggiore interesse è la formazione di osso nel tumore sorto sul setto cartilagineo. Questa propagine di osso rappresenta il vero peduncolo attorno al quale, come un ventaglio, si è spiegata la neoformazione.

In detta propagine, oltre a notarsi i corpuscoli ossei si vedono due o tre canalini di *Havers* ripieni di sangue in modo che non è possibile l' errore circa la sua natura istologica col supporre una fase calcifica o altro del tumore. E poichè abbiamo notato che l' impianto era sul setto cartilagineo, ne risulta che in questo caso prima di tutto la neoplasia si è formata su di uno sprone del setto, il che confermerebbe l'ipotesi emessa dal *Bresgen* per i tumori dei cornetti, che cioè i polipi risiedono per lo più su le parti ossee sporgenti negli angoli e nelle docce che si trovano sul loro margine; secondariamente che la cartilagine, che ha dato impianto al tumore, ha subito una

fase ossifica completa, come lo dimostrano i corpuscoli ossei ed i canalini di *Havers*.

VI. — Fibromi telangettasici delle fosse nasali.

Storia clinica. — D. C. di anni 13 da Napoli, contadino, il giorno 13 aprile si presenta al nostro ambulatorio per essere curato di una malattia del naso che da un anno l'impedisce di respirare regolarmente. Muta l'anamnesi prossima e remota; è di buona costituzione. All'osservazione presenta escrescenze polipoidi delle due fosse nasali e viene operato dal prof. Massei il 22 aprile con l'ansa fredda.

Esame istologico. — Questi tumori sono rivestiti da epitelio cilindrico ridotto per la massima parte al solo strato interno, ed in più punti mancante completamente. Al di sotto di questo rivestimento epiteliale si osserva un tessuto fondamentale costituito dalle varietà del connettivo mixomatoso e fibroso molle; il quale come in quasi tutti i tumori di questa regione, presenta una notevole fase iperplastica verso la periferia, fatto che come già abbiamo detto è da addebitarsi agli stimoli meccanici che agiscono sempre sui tumori che si sviluppano nella cavità nasale. Inoltre si osservano alcuni gruppi glandolari, rappresentati soltanto da sezioni di acini, che del resto sono in scarso numero. Al centro di uno dei neoplasmi ed in corrispondenza del peduncolo ci è sostanza ossea, la quale rappresenta qualche scheggia proveniente da uno dei rilievi che si rinvengono sui cornetti, poichè è osso perfettamente sviluppato, dai caratteri e dalla struttura di quello che forma il cornetto nasale: del quale fatto etiologico abbiamo accennato precedentemente.

Tutto il restante dei preparati è formato da sezioni di vasi arteriosi dalle tuniche ipertrofiche senza però che se ne notino dei neoformati, di modo che quì è a parlare di tumori semplicemente telengettasici e non di angiomi. Siccome questi tumori erano abbastanza sviluppati, si era stabilito una vicendevole compressione la quale ha provocato in alcuni punti un ravvicinamento di pareti vasali

tra loro opposte mentre che altrove queste protuberano nei rispettivi lumi con vari mammelloni.

È quindi assai probabile che se si fosse operato l'infermo in tempo più inoltrato, avremmo trovato occlusione completa di vari vasi, e, come conseguenza di questa, una possibile fase necrotica per ostacolata nutrizione dei tumori. La diagnosi istologica adunque conferma la diagnosi clinica di fibromi telangettasici delle fosse nasali.

VII. — Adenomi puri della fossa nasale sinistra.

Storia clinica. — Il giorno 18 aprile si presenta all'ambulatorio M. C. di anni 40, nata a Torino, maritata. Dice che da 5 mesi si è accorta di un'ostruzione nasale per la qual cosa invoca l'intervento dell'arte per esserne liberata. All'esame rinoscopico presenta dei mixomi della fossa nasale sinistra e viene operata con l'ansa fredda.

Esame istologico. — L'osservazione microscopica fa ascrivere questi tumori fra gli adenomi puri. Infatti in essi non si osserva altro che un'iperplasia delle ghiandole mucipare, perfettamente normali del resto, ed una dilatazione cistica dei dotti escretori. I tubi glandolari non sono dilatati e presentano un epitelio di rivestimento il quale, in tutte le sezioni di glandole, è perfettamente conservato. Tanto i tubi glandolari che i dutti, sono contenuti in una membrana propria (*Stöhr*), o cuticola (*Durante*). Lo stroma dei tumori è formato verso la periferia da un tessuto mixomatoso, il quale, a misura che si scende, verso il centro dei preparati, va acquistando un carattere sempre più fibroso.

Essi si mostrano, al disotto dell'epitelio, molto infiltrati di leucociti, specialmente attorno alle sezioni di capillari ed a quelle dei dotti glandolari. Un altro carattere da rilevare è che i dotti escretori presentano le loro dilatazioni cistiche assai notevoli poco prima di aprirsi all'esterno dei tumori. Dimodochè sebbene clinicamente fosse parso trattarsi qui di mixomi, l'esame istologico ha mostrato invece la struttura tipica di adenomi puri.

VIII. — Fibromi molli dei cornetti inferiori.

Storia clinica. — A. L. di anni 52 maritata, da Napoli, il giorno 15 aprile si presenta all'ambulatorio per essere curata di un'affezione che la tormenta da quattro mesi. Si lamenta di difficoltata respirazione a bocca chiusa e d'uno scolo puriforme che continuamente vien fuori dalla narice. Inoltre avverte dolori nella regione nasale destra, che s' irradiano per la faccia. Antecedenti buoni; non ha avuto mai malattie degne di considerazione. All'osservazione si notano dei tumuri impiantati sui cornetti inferiori, e che sono al numero di due nella fossa nasale sinistra, e di uno, molto più grande, nella destra. Il loro colorito è roseo; sono peduncolati e mollicci; si presentano perfettamente liberi da qualsiasi aderenza fra di loro come con le parti vicine. Il prof. Massei fa diagnosi di mixomi, e di probabile sinusite mascellare bilaterale. Viene operata con l'ansa fredda.

Esame istologico. — Questi tumori appartengono alla classe dei fibromi molli e vi si coglie in alcuni punti una incipiente metamorfosi in fibroma duro specialmente in corrispondenza della parte centrale. Una forte infiltrazione parvicellulare accompagna la maggior parte dei vasi rendendoli ancora più evidenti di quello che non lo siano per sè stessi. La loro caratteristica è rappresentata dal fatto che i capillari, i quali formano da soli tutto il territorio vasale, l'attraversano ininterrotti per una lunghezza che non si circoscrive in un campo microscopico. Per gli altri caratteri essi non si differenziano dai comuni fibromi molli, per la qual cosa fo a meno di ripetizioni.

IX. — Mixomi puri.

Storia clinica. — M. A. di anni 35 nativo di Vitulano (Benevento), usciere di pretura, viene al dispensario perchè da circa un anno avverte ostacolo alla respirazione pel naso, cosa che gli è di somma molestia e di cui vuole essere liberato. All'esame generale nulla d' importante; costituzione buona, nutrizione ben conservata. Muta l'anamnesi remota, presentemente null'altro sintoma fuor del suddetto.

All'osservazione presenta mixomi multipli che ostruiscono le fosse nasali specie quella di destra.

È operato con l'ansa fredda.

Esame istologico. — Il rivestimento di questi tumori originariamente era cilindrico. Ciò si rileva dal fatto che l'epitelio è cilindrico stratificato in corrispondenza del loro peduncolo poi man mano questo carattere si va modificando fino ad assumere, in seguito a compressione, un deciso carattere pavimentoso su tutto il resto della superficie dei neoplasmi. Il tessuto fondamentale è mixomatoso attraversato da capillari e da sezioni d'arterie e di tubi collettori di ghiandole, il cui sbocco alla superficie si coglie in parecchi punti, modificato però per quanto riguarda la direzione, poichè si rinvengono messi parallelamente al rivestimento epiteliale, fatto dovuto con grande probabilità alla compressione dall'esterno già notata, non potendo addebitarsi a compressione centrifuga a causa della grande lassezza del tessuto.

È da notare inoltre il numero e lo sviluppo dei vasi arteriosi al centro del tumore il che non è solito avverarsi nei mixomi. L' irritazione periferica oltre a modificare la struttura dell'epitelio, ha causato pure una modificazione del tessuto fondamentale in corrispondenza immediata dello strato sottoepiteliale. Infatti, in questi punti si nota una fase iperplastica degli elementi del connettivo, che si va rendendo più compatto; fase rilevabile dai numerosi fibroblasti che si trovano in tutta la zona descritta.

Sintomi. — La sintomatologia dei tumori delle cavità nasali, in quelli d' indole benigna, varia di poco tra le differenti loro specie. In generale si riducono ad occlusioni più o meno complete, ad anosmia, qualche volta ad epistassi, a difficoltata respirazione a bocca chiusa, ed a dolori irradiantisi all' intorno, se lo sviluppo del tumore è stato considerevole. Si unisce a questi fatti una labilità della memoria, una certa apatia negli ammalati che divengono talvolta sonnolenti, come risulta dall' osservazione di un barbiere che, addormentatosi, lasciò cadere il ferro caldo sul capo del cliente. Si modifica per mancante risonanza nasale il tono di voce che assume il carattere della rino-

lalia chiusa. Di più, quando si sviluppano nella dietro bocca possono produrre complicanza della cassa attraverso la tromba. Aggiungiamo a questi fatti, nei tumori maligni, la deformazione scheletrica, la distruzione di ossa e cartilagine ecc.

Come sintoma riflesso notiamo l'asma, lo starnuto, la tosse, la cefalea, ed il *Richardson* cita guarigioni di epilessia mediante asportazioni di tumori nasali. Ricorderò anche le vertigini, l'aprosexia nasale di Guye, l'afonia ecc. nevrosi riflesse che un tempo furono esageratamente riportate a lesioni nasali e che oggi noi accettiamo perfettamente, ma col benefizio dell' inventario. Dicasi lo stesso delle nevrosi vasomotorie che si appalesano nella cute del naso e delle adiacenze, della lagrimazione, della idrorrea, perchè oramai sembra dimostrato che oltre alla lesione locale si richiede una particolare disposizione del sistema nervoso dell' individuo colpito.

Nella laringe il sintoma più frequente e più importante è la dispnea che in certi casi può mutarsi in completa apnea, quando il tumore è di notevole dimensione; altro sintoma è la modificazione della voce (raucedine, afonia) in seguito a difficoltato movimento delle corde vocali o a loro compromissione nella produzione neoplastica. Nei casi in cui i tumori (a triste indole) della laringe si fanno strada all'esofago, si nota difficoltà e dolori nella deglutizione che è anche ostacolata quando il tumore si è sviluppato sull'epiglottide, vietando che questa cartilagine chiuda l'adito laringeo durante l' ingestione del bolo alimentare. Questi fenomeni si possono pure osservare per edema collaterale nella fase ulcerativa. La deglutizione può essere pure compromessa se i tumori hanno sede all' istmo delle fauci o su la lingua, tanto che in diversi casi di carcinomi di quest'organo, siamo stati costretti a ricorrere all'alimentazione artificiale dei nostri infermi, per tenerli in vita.

Etiologia. — Poco si conosce di preciso sull'etiologia dei tumori; però, per quelli nasali, alcuni ritengono che consista in uno stato irritativo della mucosa; poichè il tumore è stato sempre preceduto da una rinite. *König* ritie-

ne invece, che il catarro nasale è l' effetto del polipo. *Bresgen* è della prima opinione ed a confermarla fa osservare che i polipi risiedono quasi sempre su le parti ossee sporgenti, negli angoli e su le docce che si trovano sul margine delle ossa. A conferma di un tale fatto potrebbero annettersi due osservazioni, di cui ho riferito, nelle quali il peduncolo del tumore rappresentava sostanza ossea. Altri ritiene la corizza ed il freddo umido come fatto concominante e non come preesistente. *Ziegler* riconosce nelle alterazioni regressive dei tessuti circostanti, prodotte da una lesione qualunque, la mancanza di potenza inibitrice delle cellule proliferanti.

L'origine traumatica di alcuni tumori, specialmente della lingua, pare che non possa essere messa in dubbio; lo dimostra quel caso di sarcoma precedentemente citato, nonchè altri esistenti nella letteratura.

Nella laringe, come etiologia dei tumori poco c'è da aggiungere. Per lo più, per i benigni, si può riconoscere la preesistenza di una cordite.

Quanto all'età degli ammalati non si può stabilire nettamente limiti precisi: di preferenza sono quelli citati nei capitoli precedenti: l'istesso dicasi per il sesso.

Decorso ed esiti. — Il decorso dei tumori nasali e laringei varia, se benigni, tra un periodo di due a tre anni, che raramente può estendersi fino agli otto o dieci anni. Per quelli a triste indole, è assai più breve ed è seguito, specialmente per i laringei, qualche volta da morte rapida.

La metamorfosi maligna dei tumori in sarcoma o cancro s'avvera più facilmente in alcuni tumori nasali, mentre che nella laringe rimangono assai più spesso non degenerati.

Diagnosi e prognosi. — Dei caratteri differenziali fra i diversi tumori s'è discusso abbastanza per cui crediamo esimerci dal ripeterli ora. Ad ogni modo se, e quando i caratteri clinici creano delle difficoltà, l' esame istologico viene opportunamente a diradare i dubbii. Circa la prognosi è da rilevare che essa è sempre più grave, nei tumori della laringe, ove la gravezza del processo può non

dipendere dalla natura a triste indole del tumore; così, un papilloma sviluppatissimo, comprometterà la vita dell'infermo più immediatamente di un tumore sarcomatoso localizzato ad una data porzione della laringe. Inoltre contribuiscono a rendere più o meno fausta la prognosi la mancante coincidenza di affezioni generali dell'organismo (tubercolosi, sifilide). Di più nella prognosi bisogna tener conto della possibile recidiva nei tumori a triste indole; la quale qualche volta si è presentata rapidamente: per cui è savio precetto di rendere consapevoli gl' infermi di tale possibile evenienza per operare a tempo.

Cura. — Oggi la tecnica delle operazioni nasali e laringee è molto progredita. Perfezionati gli apparecchi difficilmente si è costretti a ricorrere ad operazioni gravi e cruenti, e per la via esterna. L'ansa fredda permette di asportare polipi voluminosi dal cavo naso-faringeo; e le diverse forme di pinze laringee, manovrate abilmente, liberano la laringe da tumori, per i quali, a prima vista, parrebbe necessario un seguito di atti operatorii assai gravi, preceduti anche da tracheotomia. La galvanocaustica trova largo uso nelle asportazioni di tumori che darebbero rilevante emorragia; nella cura della faringite granulosa, nei toccamenti della mucosa nasale.

In generale, cerchiamo di eseguire l' operazione che più brevemente, e con meno pericolo, possa liberare l' infermo, e che ci garantisca, per quanto è possibile, da una recidiva. Si capisce che là ove non sia possibile un'operazione per le vie naturali bisognerà far precedere un'altra preliminare o per salvare la vita del paziente e poscia operare per le vie naturali, o per aprire una breccia dal di fuori.

*
* *

Alla fine del mio lavoro sento il dovere di esternare i sensi di gratitudine sincera all'illustre ed amato direttore prof. Massei, che con paterno affetto, e con i suoi illuminati consigli, cooperò validamente per la buona riuscita del mio lavoro eseguito nel suo Istituto.

Sento pure il dovere di esprimere la mia viva rico-

noscenza al Prof. Martuscelli, preparatore dell'Istituto, che mi ha guidato nella scelta del materiale ed ha amorosamente controllato i miei preparati, eseguiti sotto la sua valida direzione.

RASSEGNE

1. **Su due casi di carcinoma delle cellule etmoidali**; per il dott. G. Prota. — L'A. ha studiato i due casi in questione nell'Istituto di Laringoiatria di cui è fornita l'Università di Napoli per le premure, e crediamo pure con personale sacrificio, del direttore prof. Massei. Le neoplasie dell'etmoide sono poco conosciute per la loro rarità e per la difficile diagnosi iniziale. Infatti solo quando tali tumori hanno prodotto gravi sintomi, ed hanno invaso le nobili regioni che circondano l'etmoidite, è possibile ammettere la loro esistenza e stabilire la natura del male. Per tali ragioni il lavoro del giovane e studioso A. merita lode, avendo egli contribuito ad illustrare un capitolo interessante della patologia nasale con queste due storie cliniche accurate e complete, una delle quali è seguita dall'inizio fino alla dissezione anatomica. (*Archivio Italiano di Laringologia del prof. Massei;* aprile 1901). V. G.

2. **Azione dei microrganismi delle cavità nasali e delle cavità medie auricolari suppuranti inoculati nel cervello**; Dr. Oliviero Barrago-Ciarella. — Accade qualche volta, sebbene raramente, che lievi operazioni endonasali siano seguite da esiti intracranici mortali. Questi fatti che alcuni autori osservarono, sono rimasti di soluzione dubbia, tenendo conto anche che la flora microbica nasale è in genere poco o nulla dotata di potere patogeno. Il Barrago riferendosi ai risultati avuti dai vari autori nella recente produzione scientifica riguardante l'azione di vari microrganismi inoculati nella massa cerebrale, e cioè che in genere tali microrganismi nella massa cerebrale aumentano di virulenza, ha istituito una serie di esperienze di cui in questo lavoro non pubblica che la prima. Egli ha trovato che nelle fosse nasali esistono dei microrganismi patogeni e dei microrganismi non patogeni. Dei primi alcuni in stato di virulenza; la maggior parte però non virulenti. I non virulenti, mentre inoculati sotto la pelle non producevano alcuna alterazione nè generale, nè locale, inoculati nelle stesse quantità nel cervello producevano la morte. I virulenti, che inoculati sotto la pelle producevano la morte, davano lo stesso esito letale inoculati nel cervello, ma in dosi grandemente minori.

Il Barrago volle inoltre vedere come si comportano i microrganismi che si ritrovano nelle cavità medie auricolari suppuranti inoculati nel cervello. Egli ha trovato che anche quelli che sottocutaneamente dimostrano in genere solo un moderato potere patogeno, ino-

culati nel cervello si comportano come i microrganismi isolati dalle cavità nasali e cioè alcuni nelle stesse quantità, altri in quantità evidentemente minori danno sempre esiti letali. (*Giornale Internaz. delle Scienze Mediche*. Anno XXIII, 1901).

3. **Cura del lupus del naso con un nuovo sistema**; per il dott. Dethlefsen — Avrebbe guariti due casi di lupus del naso e della guancia agendo in questa maniera: raschiamento delle ulcerazioni e consecutive polverizzazioni sulle parti ulcerate di cloruro d'etile.

Le polverizzazioni della durata di due minuti sono rinnuovate a giorni alterni. Con questo nuovo trattamento curativo si produce una specie di congelazione delle regioni affette, che dopo le prime medicature si rigonfiano e si arrossano, ma presto a questo stato reattivo succede un notevole miglioramento ed una rapida cicatrizzazione, senza notevole deformità. Anche in casi di lupus di antichissima data l'esito sarebbe stato felice. (*Archives de médicine et de chirurgie spéciales*, mai 1901, pag. 301, Paris). V. G.

4. **Orecchioni oculari**; per il dott. Sendran col titolo di *oreillons oculaires* scrive intorno alle complicazioni oftalmologiche che possono sopravvenire durante il corso della parotite. Noi abbiamo sott'occhio una breve rivista di questo lavoro, nel quale sembra che non si faccia menzione delle gravissime complicazioni auricolari che pure sono tanto più frequenti e non meno gravi di quelle oculari.

A pag. 630 del nostro *Manuale di otologia* (Firenze, Tip. Cooperativa, 1885) sono registrate le storie cliniche di 3 casi di perdita assoluta dell'udizione da un orecchio come conseguenza della parotite. Casi di sordità bilaterale effetto della parotite in bambini al di sotto degli otto anni e conseguente mutismo sono pure ricordati dagli autori, e noi pure ne osservammo uno esempio in un fanciullo dei pressi di Figline nel Valdarno. (*Archives de médecine et de chirurgie speciales*; mai, 1901, pag. 403; Paris).

Società italiana di laringologia, di otologia e di rinologia. Negli ultimi giorni del prossimo ottobre la nostra Società terrà in Roma il suo Sesto Congresso. I titoli delle comunicazioni, in numero non maggiore di due, che i soci desiderassero fare, devono essere mandati ai primi di ottobre al Segretario della Società, sig. dottor V. Garzia, *Via Carogiojello o Toledo*, n. 13, *Napoli*.

I titoli delle *tesi* per la discussione generale sono i seguenti:

1. La fisiologia dell'orecchio medio in rapporto alla chirurgia delle otiti secche.

Relatori: *Farace, Nuvoli* e *Secchi*.

2. Innervazione della laringe.

Relatori: *Masini* e *Trifiletti*.

3. Come si possa regolare efficacemente nella pratica l'esercizio delle nostre specialità.

Relatore: *Gradenigo*.

Vittorio Grazzi, *Direttore responsabile*.

Firenze, 1901 — Tipografia Luigi Niccolai, Via Faenza, 44.

Anno XIX. Firenze, Agosto 1901. N. 8.

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Laborim probus omnia vincit.

Riparto Oto-rino-laringologico della Poliambulanza di Padova

Resoconto statistico degli ammalati

curati dal 1° Gennaio al 31 Dicembre 1900. (1)

Prof. Y. ARSLAN

Docente della R. Università
Direttore dell' Ambulatorio all'Ospedale Civile.

Il numero degli ammalati quest'anno fu di 1350, di cui 786 uomini e 564 donne.

Il fatto della prevalenza del sesso maschile si mantiene come negli anni passati.

Riguardo all'età vanno divisi:

0-15 = 377; 16-30 = 432; 31-45 = 285; 46-80 = 256.

I 1350 pazienti hanno presentato 2741 forme patologiche: Orecchio = 838; naso, seni annessi e rinofaringe = 1326; cavo orale, faringe, esofago = 417; laringe, trachea e tiroide = 160.

(1) In questa statistica sono compresi anche gli ammalati che abbiamo a curare nella nostra clientela privata.

Per incidenza dobbiamo accennare che quest'anno il benemerito Consiglio ospitaliero ebbe la felice idea di istituire nel Nosocomio Maggiore un ambulatorio per la nostra specialità affidandoci la direzione. Questa nuova istituzione dimostra come la nostra specialità, fin'ora troppo negletta, comincia ad aprirsi un varco e guadagnare il posto che le compete. Nello stesso tempo torna a vantaggio della scolaresca che in esso trova anche la dimostrazione pratica del nostro insegnamento.

Malattie dell'orecchio.

Esterno.

1.	Eczema del padiglione e del condotto	8
2.	Neoplasmi del padiglione	2
3.	Tappi di cerumen	120
4.	Otite esterna e stenosi del condotto	25
5.	Ascesso del condotto	22
6.	Esostosi del condotto	1
7.	Atresia congenita del condotto	1
8.	Corpi stranieri nel condotto.	5
9.	Traumi del condotto	3
10.	Adenite flemmonosa ed ascesso retroauricolare	4

Medio.

11.	Miringite	6
12.	Ascesso della M. T.	2
13.	Micosi della M. T.	1
14.	Trauma della M. T.	6
15.	Otite media acuta e subacuta	34
16.	Otite media suppur. acuta	61
17.	Otite media suppur. traumatica	1
18.	Otite media acuta postinfluenza	31
19.	Otorrea con o senza carie dell'attico e polipi.	121
20.	Esiti d'otite suppur. (cicatrici. aderenze ecc.)	62
21.	Endomastoidite acuta e cronica	19
22.	Fistola mastoidea	2
23.	Mastoidalgia isterica	1
24.	Otite secca	58

25.	Otturamento e catarro delle trombe	59
26.	Otalgia, paralisi e nevralgia facciale	19

Interno.

27.	Otite interna sifilitica....	3
28.	Otite interna postumi di mal. infettiva	5
29.	Otite interna postmeningitica e sordomutismo	13
30.	Ctite interna da altre cause....	5
31.	Alterazioni circolatorie del labirinto	5
32.	Rumori nervosi e paracusia....	16
33.	Sordità senile	3
34.	Sordità da otturam. delle trombe e veget. aden.	102
35.	Nevrastenia acustica	12
		838

Malattie del naso, seni e rinofaringe.

1.	Affezioni cutanee del naso e stasi circolatoria	57
2.	Elefantiasi....	1
3.	Cacosmia ed anosmia essenziale.	7
4.	Ulcerazioni del retto ed epistassi....	30
5.	Trauma del setto (coane)	4
6.	Ipertrofia del setto	2
7.	Gomma del setto...	3
8.	Rinite acuta	21
9.	Rinite cronica e costituzionale...	33
10.	Rinorrea purolenta caseiforme....	2
11.	Rinite periodica	7
12.	Rinite blenorragica	1
13.	Corizza eredosifilitica dei bambini...	5
14.	Rinite ipertrofica...	153
15.	Rinite medicamentosa.	1
16.	Ozena	10
17.	Traumi del naso....	3
18.	Cancroide del naso	2
19.	Polipi nasali	25
20.	Tumori benigni e maligni del naso	6
21.	Corpi stranieri.	6
22.	Stenosi, sinecchie, anomalie..	3
23.	Vizî di conformazione del setto.	267

24.	Catarro del rinofaringe....	79
25.	Vegetazioni adenoidi...	498
26.	Tumori del rinofaringe....	9
27.	Sifilide del rinofaringe	4
28.	Catarro diffuso naso-rino.-faringo-laringe..	59
29.	Ipertrofia delle estremità post. cornetti	7
30.	Rinite pseudomembranosa	2
31.	Affezioni dell'occhio da vegetez. adenoidi..	3
32.	Enuresi notturna da vegetaz. adenoidi	3
33.	Empiema del seno mascellare....	7
34.	Empiema del seno frontale...	2
35.	Empiema del seno sfenoidale	1
36.	Empiema etemoido-frontale...	2
37.	Empiema dei seni..	1
		1326

Laringe, Trachea, Tiroide.

1.	Epiglottite acuta	3
2.	Laringite acuta e cronica..	30
3.	Pseudocroup..	4
4.	Laringite emorragica....	3
5.	Cordite iperplastica	1
6.	Condropericondrite dell'epiglottide....	1
7.	Condropericondrite della tiroide..	1
8.	Tubercolosi laringea	28
9.	Sifilide	3
10.	Fistola del collo	1
11.	Neoplasmi maligni..	6
12.	Neoplasmi benigni...	14
13.	Cisti dermoide prelaringea	1
14.	Stenosi laringea postoperativa	1
15.	Laringite professionale.	5
16.	Corpo straniero..	4
17.	Paralisi del ricorrente..	1
18.	Altre forme paralitiche e spasmodiche...	24
19.	Balbuzie e mutismo isterico...	10
20.	Tiroidite ipertrofica, acuta e cronica	7
21.	Compressione tracheale per tum. del mediastino...	2
22.	Catarro tracheale	4

23.	Catarro tracheale emorragico..	2
24.	Tumori del collo	3
		160

Cavo orale — istmo-fauci — esofago.

1.	Stomatite.......	11
2.	Neoplasmi del cavo orale e fauci	7
3.	Leucoplachia.	1
4.	Glossite desquamativa, afte, ascesso della base.	15
5.	Ipertrofiadei follicoli della base della lingua....	50
6.	Ipermegalia dell'ugola..	10
7.	Gola lupina...	1
8.	Paralisi del velo pendulo..	1
9.	Tubercolosi del palato e tonsille..	2
10.	Ulcerazioni delle tonsille...	2
11.	Tonsillite acuta..	38
12.	Ascesso tonsillare....	7
13.	Ipertrofia delle tonsille.	175
14.	Difterite tonsillare...	2
15.	Laringite acuta..	24
16.	Faringite cronica	24
17.	Sifilide della bocca e fauci	9
18.	Corpo straniero nella gola	3
19.	Ascesso retrofaringeo....	2
20.	Parestesia faringo-esofagea	16
21.	Cancroide del labbro	1
22.	Pseudosicosi del labbro da lesione nasale....	2
23.	Carcinoma dell'esofago.	5
24.	Stenosi esofagea cicatriziale....	2
25.	Ranula	2
26.	Adenite sottomascellare	5
		417

Vediamo moltiplicarsi ogni giorno dei nuovi metodi operatorii ed il relativo arsenale di armamentario, anzi si può dire che parecchi autori sono divenuti doppiamente specialisti coll'offrirci il prodotto delle loro genialità coll'inventare sempre più nuovi strumenti. La qual cosa è un vero attentato alla borsa dei vecchi colleghi e dei giovani,

desiderosi gli uni e gli altri di esperimentarli ed arricchire le loro vetrine!

In questo succedersi di novità spesso si arriva al risultato opposto, cioè, invece di riuscire in meglio, vanno passati alla storia dei sistemi operativi o strumenti che avrebbero avuto per la loro bontà il diritto di sopravvivere. Quanti con noi al leggere la descrizione di un nuovo strumento si sono fatti la dimanda: perchè devo rinunciare ad uno strumento quando questo mi rese sempre ottimo servizio? Con ciò noi intendiamo condannare l'esagerazione.

Non si potrebbe nel seno della nostra Società di otorino-laringologia istituire una Commissione permanente, la quale venga chiamata a dare il suo collaudo al nuovo strumento? È una proposta come qualunque altra che abbiamo in animo di proporre alla prossima Riunione.

In questo modo il buono vive e l' inutile muore prima che venga pronunziata una sentenza pubblica. Credo che ciò giovi in special modo all'autore che così mette à l'abri della sorte comune la sua scoperta, alla quale spesso si può applicare: — *Appena vidi il sol che ne fui privo* ».

I lettori ci perdonino questa digressione ma dovendo parlare a volo d' uccello di alcuni metodi operatorî che noi usiamo con ottimo risultato fin dal principio della nostra carriera abbiamo potuto far precedere queste due parole anche per rendersi benemerito ai giovani i quali avvertiti limiteranno così il loro soverchio amore alle novità per non trovarsi fra qualche anno con una somma meno in tasca e una vecchia collezione di ferri più o meno rugginiti, che non hanno servito ad altro che all' infuori di quello di far atto di presenza nelle vetrine di un gabinetto.

Corpo straniero nell'orecchio. — Qui non si può parlare di scelta di metodo. Ogni caso esige il proprio, che va dal semplice lavacro fino allo strumento più complicato. Tutto è buono basta sapere applicare alle circostanze. Noi con semplice uncino corto arriviamo ad estrarre quasi tutti i corpi stranieri. Quello che è doloroso è il fatto che facilmente si ricorre all' uso delle pinze specie da persone che non hanno speciale pratica in questa piccola manua-

lità. Spesso così il corpo straniero viene spinto fino a ledere la M. T. e magari incunearsi nella cassa.

Quest'anno dovemmo ricorrere in due bambini al distacco del padiglione onde levare il corpo straniero, che maneggi poco pratici l'aveano spinto fino nella cassa procurando la suppurazione con tutte le sue conseguenze. Anzi in uno di questi fu trapanato anche l'antro in preda al processo piemico.

Quindi l' unico consiglio che possiamo dare ai colleghi i quali per il momento non dispongono di mezzi speciali, di attenersi al semplice lavacro che non di rado riesce allo scopo.

Esiti d'otite suppurata (cicatrice, briglie, aderenze). — L' intervento chirurgico in questi casi è indicato quando vi esistono spiccata cofosi oppure altri sintomi, come sarebbero forti rumori e le vertigini, che per sè riescono insopportabili agli ammalati. Dal lato della funzione uditiva qualunque atto operativo è controindicato quando esiste l'abolizione della trasmissione ossea.

Secondo noi per essere autorizzati ad agire chirurgicamente in questi casi è necessario che la suppurazione sia scomparsa almeno da due anni.

Il secreto riguardo al buon esito di tali operazioni sta in due principali fatti: precisare con esattezza la lesione; eseguire l'atto operativo asetticamente onde prevenire una nuova suppurazione. È difficile soddisfare a quest' ultima indicazione non potendo togliere la via di comunicazione col rinofaringe.

Dalle varie pubblicazioni che si sono fatte su questo argomento risulta che poche volte l' esito ha corrisposto all'aspettativa. Una delle ragioni consiste in ciò che è difficile di impedire, la formazione di nuove cicatrici.

Però gli interventi che colpiscono le briglie cicatriziali le quali che fissano il martello o un residuo di esso o delle porzioni della M. T. alla parete posteriore della cassa danno i migliori risultati. Parecchi dei nostri operati per dette lesioni migliorarono notevolmente specie dal lato della funzione uditiva.

Mentre fummo poco fortunati negli atti operativi sulla

staffa, ove al risultato immediato e lusinghiero ben tosto fece posto la condizione primitiva. Anzi in qualche caso, per buona sorte raro, si ebbe peggioramento. Cosicchè al nostro entusiasmo succedette, il scetticismo.

Otorrea. — Anche in questo campo noi persistiamo ad essere conservatori come sempre, e non ci sentiamo pentiti. Abituati ad assistere giornalmente alle guarigioni di vecchie otorree solo per il fatto che in noi non mancò mai l'ostinata pazienza di esaurire anche per più d'un anno tutti i mezzi possibili da applicarsi per la via del condotto.

Le cauterizzazioni, l'asportazione degli ossicini, il raschiamento, l'atticotomia, uniti alle cure interne ed ai lavacri antisettici od astringenti secondo il caso, non di rado fecero cessare la suppurazione e conseguenti sintomi, per i quali si avrebbe avuto quasi il diritto di praticare la cura radicale chirurgica se in noi fosse mancato per un momento la fede che molte volte un po' di buona volontà d'ambo le parti supplisce allo scalpello.

Possediamo centinaie di ammalati, i quali senza subire un'operazione d'alta chirurgia, con i soliti piccoli interventi guarirono della loro otorrea. D'altra parte possiamo citare soggetti, i quali operati di Stacke, da noi e da altri colleghi, continuano colla loro suppurazione.

All'ultimo Congresso Internazionale di otologia, tenuto a Londra, si fece una larga discussione su questo argomento. La conclusione ultima ne fu che la cura chirurgica si deve riservare ai casi veramente indicati.

Per essere autorizzati a praticare lo svuotamento temporo-mastoideo presso a poco si devono soddisfare alle seguenti condizioni :

a) Minaccia di complicanza endocranica.

b) Ostacolo alla libera uscita di pus, dato da stenosi ossea.

c) La presenza di colesteatoma.

d) Riacutizzazione del processo suppurativo timpano mastoideo.

e) Fistola mastoidea o del condotto.

f) Complicanze del seno.

g) Piemia otitica.

h) Natura tubercolare dell'oterrea.

i) Cacchessia dipendente dalla lesione dell' orecchio resistente alle cure locali.

j) Le paralisi facciale non influenzabili dagli interventi locali.

Metre le 9 prime condizioni possono isolatamente formare una indicazione precisa, la paralisi del VII° secondo noi non rappresenta sempre una ragione plausibile per l'intervento operativo. Ne acquista valore alloquando è unita ad altri sintomi che precisino il punto della sua lesione.

È ozioso di voler dettagliare i varii metodi operatorii per la via del condotto o della mastoide, che ormai sono a conoscenza di tutti. Nello svuotamento temporo-mastoideo sono due le condizioni da soddisfare: mettere allo scoperto le varie regioni ammalate facendone in una sola cavità in ampia comunicazione a mezzo del condotto coll'esterno; porre molta attenzione a non ledere altri organi di vitale importanza che circondano la località da operare i quali non di rado sono anormali per posizione topografica.

Mastoidite acuta. — Nella maggioranza degli autori è assoluta la convinzione d'intervenire prontamente quando sono evidenti i sintomi, che dimostrino la suppurazione endomastoidea.

La sintomatologia caratteristica di questa complicanza otitica era composta dalla tumefazione retroauricolare fluttuante, più o meno dolente; conseguente spostamento in avanti del padiglione; fatti di otite media concomitante oppure risolta; qualche volta ipertermia; malessere generale; dolore spontaneo all'orecchio diffondentesi a tutta la regione circomauricolare. — Or bene, non di rado trovandosi davanti, a un tal quadro completo clinico sospendemmo ogni intervento per provare prima i soliti mezzi antiflogistici: riposo a letto, purganti, fomentazioni calde nella mastoide, disinfezione dell'orecchio e del rinofaringe, salolo e salicilato per uso interno).

In molti casi con questo semplice metodo riuscimmo a far scomparire ogni traccia della mastoidite.

Nel mentre scriviamo queste due righe si trova degentè nella Paliambulanza, un uomo di 40 anni, il quale fu fatto entrare per eseguire la mastoidectomia.

In attesa di quest'operazione, che non potè aver luogo per l'assenza nostra, l'ammalato dopo 5 giorni della suddetta cura uscì dal Riparto quasi guarito della sua mastoidite e con essa anche dell'otite media suppurata.

Quindi siamo d'avviso che anche nelle mastoiditi acute dove un complesso di sintomi autorizzerebbero l'intervento chirurgico, si deve per alcuni giorni tentare la cura aspettativa, specie quando si ha la possibilità di sorvegliare giornalmente il paziente.

Vizii di conformazione del setto vasale. — Nelle deviazioni il metodo di Arch dà ottimi risultati. Però non è applicabile sempre, per esempio, quando la deviazione si spinge posteriormente. In questi casi abbiamo adottato il metodo combinato fra la operazione di Asch e i varii mezzi ortopedici ottenendo un buon esito.

Nel tratto posteriore gli schiacciatori di Moure riescono a raddrizzare il setto mentre nella parte anteriore cartilaginea, per la difficoltà di conservare la posizione forzata, questo sistema dà risultato negativo.

L'ostacolo maggiore per la riuscita di questi atti operativi sta nelle medicazioni ulteriori. Noi usiamo di cambiare il tamponamento ogni due o 3 giorni. Di solito dopo due settimane la fossa nasale acquista la sua pervietà. Ad ogni medicatura si deve cercare di distruggere le granulazioni, le quali favoriscono le sinechie.

Nella resezione delle creste o spine noi ci serviamo delle seghe di Boswarth e delle pinze. La sega, maneggiata con qualche cautela, arriva meglio di qualunque altro strumento appianare la superficie del setto senza procurare strappi di mucosa. Quando coesiste uno sviluppo abnorme del cornetto inferiore cerchiamo di praticare la detta resezione scollando prima la mucosa come si farebbe nel primo tempo dell'operazione di Asch. Si ricopre quindi il setto resecato della mucosa propria, la quale poi viene mantenuta nella sua posizione coi tamponi a strati da replicarsi

2 o 3 volte. In tal modo si previene le facili aderenze fra il cornetto ed il setto.

Allorquando la cresta occupa il tratto anteriore del setto cartilagineo è da preferire l'elettrolisi che senza essere un metodo cruento dà ottimi risultati a condizione di disporre di tutti i mezzi per graduare la durata e l'intensità della corrente, onde non succeda la perforazione.

Stimiamo inutile di accennare che in tutte le operazioni cruente sul setto si debba procedere con tutte le più minute cautele antisettiche alla stessa guisa di una operazione di alta chirurgia per non incorrere nel pericolo di qualche complicanza di vitale importanza.

Neoplasmi delle fosse nasali. — Nei tumori, non parliamo dei semplici mixomi, ove il microscopio ha potuto stabilire con precisione la natura benigna, l'ansa galvanica è l'unico mezzo da mettere in uso servendosi sempre della via naturale.

Mentre trattandosi di forme maligne i tentativi per la via endonasale non solo riescono incompleti, ma nella maggioranza dei casi peggiorano la condizione per le ripetute irritazioni, a meno che il neoplasma di volume relativamente piccolo non abbia il suo punto d'origine nella regione anteriore, perfettamente accessibile alla vista od alla rinoscopia anteriore. In tutti gli altri soggetti è doveroso abbandonare le mezze misure e ricorrere al metodo estremo, il quale ci mette nella possibilità di asportare in una sola seduta tutta la massa neoplastica nella sua totalità fino al tessuto sano. Ben inteso che i pazienti saranno avvertiti della gravezza dell'atto operativo. Da alcuni si consiglia la tracheotomia preventiva con l'applicazione di una canula-tampone onde evitare la panetrazione di sangue nelle vie bronchiali.

A questo inconveniente si ovvia invece facilmente dando all'ammalato la posizione di Rose.

A dire la verità la nostra statistica a questo riguardo è assai sconfortante. Molti degli operati dopo poco tempo presentarono la recidiva, seguita da complicanza endocranica che li condusse a morte.

Tumori del rinofaringe. — Nelle forme maligne *noli*

me tangere. L'atto operativo per la via esterna è di una gravità eccezionale. Bisogna limitarsi alle cure palliative.

Non così si può dire quando la natura del neoplasma è benigna. In questi casi qualunque sia il volume si giunge ad asportare col metodo bimanuale adoprando l'ansa galvanica. Qui il pericolo maggiore consiste nell'emorragia. Per questa ragione fino alla caduta dell'escara è duopo poter sorvegliare direttamente il paziente. Nella nostra raccolta esistono dei tumori del peso di 50, 80 e perfino 90 grammi, asportati per la via naturale.

Vegetazioni adenoidi. — Persistiamo ad usare sempre lo stesso metodo nell'asportazione dei tumori adenoidi, che si fa sotto narcosi-etilbromica. Un collega ed amico, che fu da noi per vedere l'uso del bromuro d'etile, ebbe a lagnarsi con noi a proposito di un caso poco fortunato, in cui poco avea mancato che detta anestesia non riuscisse mortale. Ora noi in tanti anni di carriera avremmo adoperato la narcosi etilbromica in più di 2000 soggetti senza aver mai osservato il minimo incoveniente. Quindi forti di questa nostra casistica noi dubitiamo che tutto dipenda dalla persona che fa l'anestesia, la quale presenta pure le sue difficoltà e certi dettagli che si acquista solo colla pratica. Ed è così che simile incarico bisogna affidare a un collega, che sappia adoperare il bromuro d'etile e abbia già ottenuto una certa esperienza.

Invece l'esperienza ci dimostrò che l'asportazione delle vegetazioni adenoidi, quando questa venga ad essere radicale, non è del tutto scevra di pericoli specialmente dal lato della possibile emorragia. Ultimamente qualche autore ebbe a pubblicare dei casi di gravissima emorragia, conseguente a quest'atto operativo, in uno di questi fu seguita da morte.

Onde la prudenza vuole che si faccia una buona selezione degli operandi e secondo il caso prevenire a tempo.

Per questo a scanso d'ogni responsabilità noi abbiamo l' abitudine di proporre 2 o 3 giorni di degenza per salvaguardarci dalle possibili sorprese. In tal modo noi avremmo fatto il nostro dovere mettendoci al sicuro dall'eventuale accusa d' imprevidenza.

A conferma di ciò presto pubblicheremo qualche caso di grave emorragia seguita ad interventi della nostra specialità, che avrebbe potuto avere conseguenze serie se non avessimo provveduto a tempo. Difatti è doloroso il fatto, che poi scapiterebbe a tutto danno della nostra specialità, quello, cioè di mettere a repentaglio l'esistenza degli ammalati, in atti operativi che non son sempre di grande urgenza.

Tubercolosi laringea. — Gli entusiasmi di pochi anni or sono per la cura chirurgica di questa malattia va calmandosi.

Per ricorrere al metodo cruento bisogna che esistano delle vere indicazioni.

Solo potendo fare una buona scelta dei casi si avranno dei risultati brillanti dagli interventi operativi.

Le vegetazioni, che ingombrano la glottide a danno della pervietà respiratoria, saranno asportate e cauterizzate.

Nelle cospicue infiltrazioni degli aritenoidei e dell'epiglottide con accentuata disfagia la cura operatoria, propugnata con tanto calore da Gengenheim, dà ottimi risultati col permettere ai pazienti di alimentarsi.

Mentre nelle forme ulcerative bisogna limitarsi alle medicazioni topiche di cui la natura varia secondo i casi.

In ogni caso una cura locale diligente unita a quella generale può dare un beneficio pronto a questi poveri infelici. In qualche caso si arriva perfino alla scomparsa di ogni lesione laringea, specie quando questa è al suo inizio, tale da eguagliare ad una guarigione.

L' illustre Massei nel Congresso di Napoli ha dimostrato che la tubercolosi laringea, curata localmente, può guarire. Noi, senza essere altrettanto ottimisti, dobbiamo per parte nostra asserire che si ottengono tali miglioramenti da autorizzarci a credere alla sua guarigione a condizione però che si applichi il trattamento locale medico o chirurgico con esatti criterî clinici ed anatomopatologici. Fra questi è da prendere in considerazione maggiore la lesione polmonale, la tollerabilità individuale, l'estensione e la localizzazione della lesione, e non ultimo la possibilità più o meno di aver a disposizione il paziente.

Certo è che tutti quelli ammatati, che ebbimo a curare localmente, avvertirono dei notevoli miglioramenti soggettivi, sebbene in pochi furono duraturi.

Neoplasmi laringei. — In questo campo gli autori sono divisi in due campi. Gli uni vorrebbero preferire il metodo esterno anche dove non ci sarebbe la sua vera indicazione) Gli altri da buoni laringojatri esagerano i vantaggi del metodo endolaringeo. Spesso è difficile delimitare con precisione il confine fra queste indicazioni. Però in massima, salvo poche eccezioni, si può formulare nel seguente modo:

Nei tumori benigni, per quanto è possibile, si deve sempre ricorrere alla via endolaringea. Nei tumori maligni invece a uno dei metodi esterni, ad eccezione di qualche caso speciale, di cui faremmo cenno qui sotto.

Parlando delle forme benigne quando si possiede quella speciale pratica nell'operare per la via naturale, si riesce sempre di asportare il neoplasma laringeo qualunque sia la sua dimensione e posizione. Questa nostra asserzione si basa su una statistica di 73 casi, in cui fummo in grado di liberare la laringe dalla sua neoformazione e quasi sempre in una sola seduta. — Di questo ci danno prova luminosa fra gli italiani il Labus, Massei ed altri ancora.

Ora davanti a questa possibilità è assurdo il pensare che si debba sottoporre il paziente anche alla semplice laringofissura, non sempre scevra di conseguenze, quando si hanno mezzi meno cruenti e altrettanto sicuri. A questa norma possono fare eccezione quelle forme di tumori benigni, i quali alla facile recidiva uniscono anche una maggiore estensione della loro inserzione, come sarebbero i papillomi. Anche quì prima di tutti si ricorrerà al metodo endolaringeo.

La nostra condotta sarà diversa quando si tratta di neoplasmi maligni. In queste forme ogni intervento inopportuno che non arrivi a diventare radicale non fa che riuscire a danno, favorendo la diffusione e la sua rapida riproduzione.

Riguardo all' indicazione operatoria, i tumori maligni della laringe si possono dividere in tre gruppi ;

1.° Quando *a priori* si hanno sufficienti criterii per ammettere che il neoplasma è diffuso ;

2.° Quando il laringoscopio e gli altri sintomi non ci danno pieno affidamento di una limitata localizzazione del tumore ;

3.° Quando ogni mezzo d'ispezione ci fornisce la sicurezza che la neoformazione si trova al suo inizio, è localizzata ed in posizione favorevole.

Nel primo gruppo non resta che la laringotomia totale o parziale, oppure *noli me tangere.*

Nel secondo gruppo è consigliabile la laringofissura, la quale potrà essere completata dalla laringectomia, se nel corso dell'atto operativo si trovano ragioni da ritenere una maggiore diffusione, non preveduta prima.

Nel terzo è doveroso di non forzare la nostra mano ricorrendo alle operazioni d'alta chirurgia, mentre si può riuscire allo scopo col metodo endolaringeo.

Difatti quando si ha la coscienza di poter togliere per la via naturale il tumore nella sua totalità, senza aver bisogno di ripetere parecchie volte questo atto operativo, crediamo che si hanno criteri sufficienti per non rinunciare a un tale metodo, tanto più che esso non chiude la porta ad altri interventi di maggiore importanza, quando un'ulteriore indicazione li renderà necessari.

Questa prudenza è data anche dal fatto, a tutti noto, che la laringofissura e in modo speciale la laringectomia sono lungi dall'essere operazioni innocue, come ce lo dimostrano le statistiche di questi ultimi anni. Mentre il metodo endolaringeo oltre di essere innocuo ha il grande vantaggio di non menomare oppure sopprimere una funzione così importante nella vita sociale, la voce.

Fraenkel ben a ragione si esprimeva nel Congresso Internazionale di Parigi che l'asportazione dei tumori per la via naturale segna il trionfo della laringologia.

Prima di accingersi però ad eseguire l'asportazione di un neoplasma per la via laringea è assolutamente necessario, escludere ogni indicazione al metodo esterno.

A ciò si riesce prendendo in minuto esame l'anamne-

si, i sintomi soggettivi locali e generali, l'esame microscopico, le note laringoscopiche.

In appoggio a quanto dicemmo qui sopra stanno le asserzioni di illustri cultori della laringologia ed i molti casi pubblicati, in cui l'operazione endolaringea per tumori maligni, coronata da brillante risultato per parecchi anni, e in qualche soggetto da vera guarigione (Schultzer, Fraenhel Semon, Fauvel, Schech, Schmidt, Scheyer, ecc.).

Noi pure contiamo un successo, che dura da circa due anni, in un uomo di 60 anni.

Padova, 30 maggio 1901.

RASSEGNE

1. **Gout and Rheumatism of the Ear.** (Gotta e reumatismo dell'orecchio); pel dott. G. S. Kehr. — L'A. rileva che la gotta ed il reumatismo esercitano sull'orecchio influenza ben maggiore di quanto generalmente si crede. Non è necessario che i pazienti abbiano già avuto accessi di reumatismo, potendo l'affezione dell'apparato acustico essere *primaria*.

La struttura istologica del padiglione e del condotto uditivo esterno, composti di grandi quantità di tessuto fibroso e cartilaginoso lascia comprendere come essendo questi tessuti specialmente suscettibili per le influenze morbose di questa natura, gotta e reumatismo vi si localizzino facilmente, ed a preferenza che nelle altre parti dell'apparecchio uditivo. Frequentemente il reumatismo attacca il periostio della cavità timpanica e la membrana del timpano. Più frequentemente ne soffrono i vasi sanguigni, mentre l'orecchio interno ed il nervo acustico ne sono raramente affetti. Le stesse cause tossiche che producono i noti sintomi ordinarii della gotta producono anche otalgia, che si differenzia dalla otalgia comune per il fatto che il dolore, nella prima, è più intenso nelle « ore piccole » della notte.

L'otite media sclerotica dipendente dal reumatismo non si vede ad un'età determinata: si incontra con maggior frequenza nelle femmine ed è associata a reumatismo muscolare.

L'infiammazione acuta della membrana timpanica, dipendente da reumatismo o da gotta, si presenta in ogni tempo od età, in ambi i sessi.

L'A. menziona ancora quelle dermatosi subacute del meato che s'incontrano in una gran parte dei malati che soffrono di gotta ben marcata, non che i nodi gottosi del padiglione.

Eczema persistente del padiglione e del condotto uditivo esterno s'associa frequentemente alla diatesi gottosa e reumatica, e si caratterizza per la sua resistenza al trattamento. — Così pure le esostosi del condotto uditivo sono frequentemente d'origine gottosa o reumatica.

L'influenza del reumatismo sui vasi arteriosi dell'apparato uditivo si traduce in rigidità degli stessi per deposito calcare nelle loro pareti, con ristringimento del loro calibro ed aumento di pressione endovasale. La rottura di uno di questi vasellini può produrre emorragia nel laberinto con forme di tinnito irregolari e vertigini. I rumori son più forti di notte. (*Jour. of. Ophthalmology, Otol. and Laryngology*; marzo 1901). Bobone (*Sanremo*).

2. **Traitement de Otorrhèes au bord de la mer** (Cura delle otorree in riva al mare) per il dott. Pierre (Berk-sur-Mer). L'autore polemizza col dott. Champeaux (di Lorient) che consiglia di non mandare mai gli otorroici in riva al mare, tanto meno di farli viaggiare sul mare, e che fa colpa alle spiagge della Manica di essere esposte ai venti freddi ed umidi del nord e nord-ovest.

Ciò può essere possibile, risponde l'A., ma osserva, a sua volta, che le infiammazioni, dette scrofolose, del naso e delle orecchie derivano, per lo più, dall'ipertrofia adenoide del naso-faringe, e che se quasi tutti gli accidenti della scrofola migliorano col soggiorno al mare, non v'ha ragione perchè altrettanto non facciano quelli degli organi dei sensi. La cura marina può e deve essere *dosata* come tutt'altra cura: vi son delle regole, alle quali conformandoci si evitano gli inconvenienti di qualunque specie.

L'A. ammette che l'aria salina che si respira sulla spiaggia mantiene le narici in uno stato leggero di umidità costante che non può essere se non favorevole, stando all'idea di Lermoyez: che il mucco nasale è un potente microbicida. Egli ha visto guarire rapidamente degli operati di mastoidectomia, inviati al mare da colleghi parigini perchè la cicatrizzazione della ferita a Parigi si faceva troppo lentamente. Negli otorroici l'autore non fa altra cura che quella che tende a conservare l'asepsi dell'orecchio; al più v'aggiunge qualche cauterizzazione che lo stato fungoso della cassa può richiedere. Si trova pur bene della prescrizione, che fa da poco tempo, di soggiornare sulla sabbia calda, avendo anche egli trovato che, sotto l'influenza dell'aria calda, i nasi e le orecchie secernenti si essicano meravigliosamente.

In complesso, l'A. ripete il già detto in articoli precedenti, che il soggiorno prolungato al mare è favorevolissimo alla guarigione delle otorree. Ammette che la vivacità dell'aria marina esige alcune precauzioni, ma che precisamente è questa vivacità e la purezza dell'aria che danno al soggetto linfatico lo stimolo necessario e l'attività della sua nutrizione generale che è fattore di guarigione. (*Archiv. Internat. da Laryngol. Rhinol. et Otolog.*; nov. dic. 1900).

Bobone (*Sanremo*).

3. **De l'otite aiguë et son traitement**; (L'otite acuta e la sua cura) per il Dr. Piffl. — L'opinione, emessa dal Zaufal, che l'otite media acuta ha un decorso ciclico e terminerebbe al 7° od 8° giorno ha fatto modificare rilevantemente, da lui e dai suoi seguaci il *modus faciendi* in questi casi. Piffl espone la cura dell'otite tal quale il Zaufal la pratica nella sua clinica di Praga. Lo scopo che si cerca di ottenere è calmare i dolori, impedire la perforazione spontanea, astenersi dalla paracentesi. Zaufal cerca di raggiungerlo col riposo, i bagni caldi all'acetato d'allumina, il salicilato sodico, il salofene, le pennellature di jodio. Quando, passati 8 giorni dal principio dell'otite (un pò tardi, in verità, per decidersi ad intervenire un pò attivamente — Ref.) la febbre ed i dolori non sonc ancora cessati, allora la paracentesi è autorizzata.

Fatta la perforazione, spontanea o artificiale, Zaufal fa delle irrigazioni in caso di scolo abbondante, insuffla delle polveri, quando questo è scarso. Essendovi, contemporaneamente, affezioni del cavo naso-faringeo, si tratteranno in conseguenza.

In complesso: trattamento aspettante e passivo, che buona parte degli otologi in Italia si è affrettata ad imitare. Noi l'abbiamo presto abbandonato, e crediamo che altri colleghi vi porteranno tosto quelle modificazioni che saran loro suggerite dalla esperienza, ed anche un poco dalla constatazione, che forse come noi faranno, che la differenza di clima, di razza, e sopratutto di temperamento dei nostri malati, non sempre ci permettono di trattarli come si lasciano trattare i malati nordici (*Riv. de Laryngol.*).

Bobone (*Sanremo*).

4. **Ueber die Indicationen der Abtragung adenoider Vegetationen bei Kindern.** (Le indicazioni dell'asportazione delle vegetazioni adenoidi nei bambini); per il dott. E. Buys. (Bruxelles). — L'A. comincia col fare la giustissima osservazione che « non tutte le ipertrofie della tonsilla faringea meritano il nome di vegetazioni adenoidi ». Osserva che l'ostacolo all'entrata dell'aria inspirata occasionato dalla sede del tumore non è sempre in rapporto colla grossezza del medesimo. Si presentano casi, nella pratica, in cui una moderata ipertrofia della tonsilla produce un ostacolo rilevante: son casi nei quali il cavo naso faringeo ha dimensioni più piccole del normale.

Dalla osservazione dell'esistenza di un cavo naso-faringeo molto piccolo l'A. dedusse la conclusione che si danno casi in cui l'ostruzione deriva più dalla piccolezza di quest'ultimo che dalla grossezza del tumore. L'A. si pone la questione se in casi in cui una tonsilla faringea, senza aver assunto un ingrossamento notevole, occasiona ostruzione sia per il meccanismo suaccennato, o per il catarro che essa provoca, siasi autorizzati ad operare un bambino senza essersi reso dapprima un esatto conto dei rapporti locali. A detta questione risponde *negativamente*, osservando poter esistere nel naso cause di ostruzione che non hanno alcun rapporto colla tonsilla faringea, mentre talora la detta tonsilla nemmeno esiste.

Menzionati i rapporti esistenti tra la presenza di vegetazioni adenoidi e certe affezioni nervose (enuresi, mania, epilessia, morbo di Basedow, etc.) l'A. rileva che non è sempre facile diagnosticare le vegetazioni. Si dan forme iniziali che son facilmente inosservate.

Quale è il *minimum* della sintomatologia che indica un'atto operativo? Secondo l'A. occorre la presenza di sintomi auricolari persistenti, una ostruzione nasale abituale, oppure una ostruzione intermittente notturna. Quando un bambino anche senza avere l'aspetto adenoideo, è anemico e tossisce, occorre indagare se dorme a bocca aperta e visitare, in tal caso, il cavo naso-faringeo. Se vi sono vegetazioni si estraggano: l'anemia e la tosse scompaiono.

BOBONE (Sanremo).

2. **Sulla laringite tubercolare.** Lezione del prof. VITTORIO GRAZZI. (Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Pisa). — La tubercolosi della laringe può essere secondaria a quella degli altri organi, dei polmoni in specie, o primaria. La forma primaria però secondo le moderne vedute, appare assai più frequente di quello che prima si credesse, e di quanto può resultare dalla pratica.

I *sintomi* variano a seconda della sede, della forma, e della estensione delle manifestazioni.

La tosse, le alterazioni della voce, ed il dolore, le accompagnano quasi sempre; non così la dispnea. Utilissimi sono senza dubbio per la diagnosi l'esame istologico e batteriologico; ma al medico chirurgo pratico, cui interessi una sollecita diagnosi, può bastare quello laringoscopico. Se questo mette in chiaro l'infiltrazione della regione meso-aritenoida col suo aspetto vellutato, e la colorazione non molto intensa: la presenza di secreto viscido nella superficie stessa delle varie regioni laringee; le frequenti ulcerazioni di aspetto lurido, e che non si possono mettere in rapporto con nessun'altra infezione generale (sifilide, etc.); le vegetazioni carnose che non di rado sorgono nello spazio meso-aritenoideo, od in altri punti della muccosa laringea che è sede di infiltramento; tutti questi dati laringoscopici messi in rapporto con gli altri segni che il chirurgo può con tanti altri mezzi raccogliere, lo aiutano indubbiamente per fare una sollecita diagnosi.

La *prognosi*, sempre gravissima, ora appare un po' meno infausta per le osservate guarigioni.

La *cura* di Schmitd, Heryng, che consiste nel raschiare i punti sospetti, e nell'applicare sui medesimi soluzioni concentrate di acido lattico, o di altre sostanze antisettiche, può essere utile nelle lesioni presto diagnosticate, e quando il male può completamente asportarsi; in altri casi può facilitare la diffusione del male stesso.

Si deve pure intervenire chirurgicamente quando esistono granulomi a vegetazioni carnose che compromettono il respiro e la fonazione, o quando si abbia vero e grande edema laringeo, nel quale caso è certamente utile la tracheotomia.

La laringectomia e la tirotomia sono ancora sub-iudice.

La cura medica è utilissima sempre, per diminuire almeno le sofferenze del paziente.

Senza parlare dei rimedi raccomandati per uso interno, qui giova accennare alla benefica influenza delle inalazioni fatte a base di liquidi alcalini e sedativi, non di polveri.

A tale scopo più che la morfina e la cocaina, giova la *peronina* d'azione più lunga e profonda, e meno pericolosa.

Per risolvere gli infiltramenti tubercolari, facilitare la cicatrizzazione delle ulceri, ed impedire la estensione, migliorare le condizioni del respiro, diminuire la tosse e gli altri sintomi dolorosi, giovano le applicazioni endo-laringee con cotone idrofilo inzuppato in una soluzione satura eterea di iodoformio, preferibili, secondo l'A., anche alle soluzioni di mentolo in olio di vaselina, ed al fenolo solforicinato, che pure sono utili; ed alle soluzioni di acido lattico che meno incontrano la simpatia dell'A.

Va *sans dire* che anche dalla benefica influenza dei *Sanatori* molto si ripromette, specialmente nei casi precoci, il chiarissimo autore di questa lezione accuratamente redatta dal sig. Alberto Pini. (Estratto dalla *Clinica Moderna*, anno VI, n. 39). MONTELUCCI.

6. **Falso adenoidismo per insufficienza respiratoria nei nevropatici. Cura con la ginnastica respiratoria;** per il dott. NATIER. Esordisce l'A. trattenendosi a parlare sull'importanza fisiologica della respirazione, facendo notare come i cambiamenti continui ai quali sono sottoposti i gaz della respirazione negli alveoli polmonari sono assolutamente indispensabili per la vita. Per questa e per altre ragioni, facili a supporsi, è necessario rendersi conto esattamente della funzione dell'apparecchio polmonare e dei muscoli che concorrono alla respirazione normale.

Per ottenere questo in una maniera esatta, l'A. si serve dello apparecchio registratore di cui egli fa uso frequente nella fonetica sperimentale.

Fra i pazienti sottoposti a queste osservazioni, l'A. ha notato un certo numero di individui che vengono erroneamente considerati come affetti di vegetazioni adenoidi. Ad alcuni fra questi pazienti era stata proposta l'operazicne, altri vi erano anche stati sottoposti senza ottenere nessun effetto. In tutti i casi il Natier potè dimostrare che si trattava realmente di nevropatici la cui respirazione era più o meno difettosa. Bastarono infatti le cure generali e gli esercizi metodici della respirazione per guarire completamente tutti questi sintomi nervosi, con una relativa rapidità.

L'A. descrive più particolarmente il caso di un bambino, esempio caratteristico di falso adenoidismo: il paziente è nevropatico affetto da atelectasia polmonare accentuata, con voce rauca ed impossibilità di cantare. Alla fine della cura, che durò circa sei settimane, tutto era rientrato nell'ordine normale; la voce era chiara tanto per la conversazione come per il canto (*Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie; mai, juin, 1901*).

7. **L' ammoniaca ed i suoi composti nell' alito degli ozenatosi;** per il dott. AMEDEO CAGNOLA. — Le ricerche intraprese dai batteriologhi hanno dato una grande importanza ai caratteri infeziosi dell'ozena e sebbene l' accordo non sia completo, per il fatto che alcuni osservatori continuano ad ammettere una teoria anatomica per questa malattia, possiamo sperare che ulteriori ricerche possano dare alla teoria bacterica dell'ozena una base scientificamente solida, e ciascun sintoma possa essere attribuito alla presenza di micro-organismi speciali della mucosa nasale.

Per ciò che si riferisce al cattivo odore, i dottori Belfanti e Della Vedova nell' ultimo congresso della Società Italiana di Laringologia tenuto a Roma nel 1899, hanno sostenuto che esso (odore) doveva attribuirsi ad un prodotto specifico e costante che resulta da una fermentazione speciale ed essi aggiunsero che speravano di poter dare sollecitamente una spiegazione di questo fatto di cui nessuno può negare l' importanza.

Mentre i batteriologi studiano per scoprire la natura del fermento che produce la fetidità negli ozenatosi, l'autore crede che si debbano a tale scopo istituire delle ricerche riferibili alla natura dell'odore stesso nelle combinazioni chimiche.

Le osservazioni eseguite sopra un gran numero di malati con il semplice aiuto dell'odorato avevano persuaso il Cagnola che fra i principi volatili la cui mescolanza costituisce l'odore caratteristico degli ozenatosi deveva esservi una certa quantità di ammoniaca. Questo fatto è anche più probabile avendo osservato un forte odore ammoniacale emanare pure dalle culture dei batteri isolati dal catarro degli ozenatosi.

Il rapporto fra l' ammoniaca e l'odore ozenatoso essendo stato ammesso come possibile, l' autore ha cercato di dimostrarlo sperimentalmente.

A tale scopo egli ha fatto respirare il paziente per un tempo indeterminato attraverso una piccola quantità di acqua, privando l'aria espirata dell'acido carbonico che poteva contenere.

Quest'ultimo fatto può ottenersi per mezzo di un apparecchio la cui descrizione, colla relativa figura, si trova nel testo di questo lavoro.

Nell'acqua così trattata è stato possibile determinare con il reattivo di Nessler per mezzo della reazione colorimetrica di una soluzione titolata di cloruro di armonio la quantità di ammoniaca e dei suoi composti eliminati coll'alito.

Furono sottoposte a queste ricerche due persone affette da ozena di antichissima data, aventi una notevole fetidità dell'alito: questi esperimenti furono controllati con ricerche analoghe fatte su persone sane.

Da quanto l'autore ha osservato possono dedursi queste conclusioni:

I. La quantità d'ammoniaca emessa dagli ozenatosi è piccolissima;

II. Il rapporto che esiste fra questa quantità e quella eliminata dagli individui sani dimostra che l'ammoniaca non esercita alcuna influenza nella composizione dell'odore ozenatoso;

III. L'odore ammoniacale che emana da alcune culture ottenute con le croste ozenatose non rappresenta un fattore specifico della fetidità dell'ozena, ma è il rapporto con le modificazioni del mezzo di cultura. (*Annali di laringologia e d'otologia*; anno II, fascicolo I, 1901).

8. **Linfoangiosarcoma (endotelioma intralinfatico) sviluppato in un polipo mucoso del naso**; per il dott. Broeckaert. — L'osservazione che fu oggetto di questa comunicazione è interessante perchè si riferisce ad una trasformazione dei polipi mucosi del naso in tumore maligno, riconosciuto per l'esame istologico come endotelioma. Il caso fu osservato in un uomo di 72 anni che era stato operato incompletamente in varie volte di polipi mucosi della fossa nasale sinistra. Alcune settimane dopo si erano manifestati dei sintomi che facevano supporre l'esistenza di un tumore maligno.

L'operazione fu eseguita per la via naturale con l'anza fredda le pinzette ed il raschiatore. Il tumore si inseriva verso il piano medio della fossa nasale; era peduncolato e leggermente mobile.

Dopo alcuni giorni il neoplasma recidivò e fu eseguita una nuova operazione ancora più radicale per deostruire completamente la narice.

L'esame istologico del tumore mostrò trattarsi di un sarcoma alveolare, chiamato pure endotelioma, perchè erasi sviluppato a spese dell'endotelio degli spazi linfatici (endotelioma intralinfatico).

Dopo le diverse osservazioni che sono state pubblicate sulla trasformazione dei polipi mucosi in tumori maligni, si tratta nella generalità dei casi di degenerazioni sarcomatose. Alcuni casi di trasformazione di questi polipi in carcinomi epiteliali non sono completamente al coperto dalla critica, perchè alcuni tumori, come quello di sopra ricordato, con struttura alveolare, e di aspetto epiteliare più o meno pronunziata, possono essere classificati a torto fra i carcinomi e gli epiteliomi, mentre sono in realtà dei sarcomi alveolari sviluppatisi a spese degli endotelii delle pareti vascolari o degli spazi linfatici.

Gli endoteliomi sono stati studiati solamente in questi ultimi anni nella rinologia, sono estremamente rari e se ne conoscono solamente due o tre casi nella letteratura speciale.

Sotto il punto di vista clinico si tratta di tumori maligni i cui caratteri si avvicinano sensibilmente ai carcinomi ed a certe forme di sarcomi, producendo però meno rapidamente l'infezione generale dell'organismo e la cachessia.

Deve esser fatta l'estirpazione completa e radicale degli endoteliomi, mentre una estirpazione parziale costituisce un pericolo per una pronta riproduzione. (*Archives Internationales de Laryngologie et de Rhinologie*, mai-juin 1901).

NOTIZIE VARIE

Clinica Oto-rino-laringojatrica della R. Università di Pisa. — Nella Sessione estiva dell'anno scolastico 1900-901 sostennero l'esame speciale di oto-rino-laringo-jatria gli studenti del VI anno di medicina Signori: Corda Gaspare, Carreras Giulio, Francesconi Odoardo, Marrassini Alberto e Melli Gaetano, i quale furono approvati respettivamente con 27, 30, 28, 28 e 30 trentesimi.

Gli studenti che frequentarono il Corso e le Esercitazioni Cliniche furono 24, ma molti per circostanze speciali non si presentarono quest'anno all'esame, ma è sperabile che nella Sessione autunnale altri studenti si sottoporranno alla prova felicemente sostenuta dai loro compagni.

Di prossima pubblicazione. — Il Sac. Dott. Silvio Monaci pubblicherà dentro il corrente mese *La storia del R. Istituto Nazionale pei Sordo muti in Genova* dalla sua fondazione (11 maggio 1801) ai giorni nostri, con numerose illustrazioni, note e documenti.

E' il primo lavoro illustrato di tal genere che si pubblica in Italia; il volume avrà oltre 500 pagine su carta americana e sarà messo in vendita al prezzo di *lire cinque*.

Per le commissioni rivolgersi alla Tipografia del R. Istituto dei Sordomuti in Genova.

La Direzione sente il dovere di ringraziare gli Autori che si degnarono inviarle in dono le seguenti pubblicazioni:

Bar dott. Louis. — *De la Tricophyti du conduit auditif externe.* (Estrait des « Annales des maladies de l'oreille ed du larynx » Vol. XXVII, mai 1901; *Paris*, Masson et C. éditeurs, librairie de l'Académie de mèdecine; 120, Boulevard Saint-Germain).

Fournier dott. Eugéne. — *Seringue Hypodermique de précision pour l'Asepsi la plus rapide et la plus complète.* (Bulletins et Mémoires de là Sociéte de Biologie); Paris.

Idem. — *Stérilisateur-Autoclave portatif a trois fonctions; désinfections et lois qui la régissent, procédé de désinfection par la « Formacétone », et appareils servant a son application;* (Paris, Imprimerie Paul Dupont, Rue du Boulier 4, 1900).

Giani dott. Raffaello. — *La legatura dei vasi dell'ilo renale.* (Estratto dallo Sperimentale, archivio di Biologia normale e patologica. Anno LIV (1900) fasc. 6, Firenze; Società Tipografica Fiorentina, via S. Gallo 33, 1901).

Gouguenheim dott. A. et Lombard dott. E. — *Indications opératoires dans le cancer du larynx.* (Extrait des Annales des Mal. de l'oreille, du larynx, du ne nez du pharynx, publiées par A. Gouguenheim et M. Lermoyez. Paris; Masson et Cie Éditeurs Libraires des l'Académie de Médicine; Boulevard Saint-Germain, 120).

Gradenigo dott. G. — *A proposito della labirintite da orecchioni* (Estratto dall'Archivio Italiano di Otologia, Rinologia, Laringologia; volume XI, fascicolo 2° -- marzo 1901 *Torino*, Stamperia dell'Unione — Tip. Editrice Torinese).

Idem. — *Modello di acumetro telefonico messo in azione dalla corrente elettrica stradale.* (Estratto dall'Archivio Italiano di Otologia, Rinologia, e Laringologia, volume XI, fascicolo 2°, marzo 1901. Torino, Stamperia dell'Unione, Tip. Editrice Torinese).

Labat dott. A. — *Climat et eaux minérales d'Espagne;* Paris, Librairie J. *B.* Baillière et fils, 19 Rue Hautefeuille; 1901.

Lake dott. Richard. — *Laryngeal Phthisis or Consumptiom of the Throat London* — Bebman. Limited 1901.

Ligorio dott. A. e **Giani dott. R.** *Alcuni appunti sull'esame microscopico del sangue nell'osteo-mielite acuta.* (Firenze; Società Tipografica Fiorentina, via San Gallo 33, 1901).

Lichtwitz dott. L. — *Du traitement Aérothermiqae dans quels affection nasales.* (Extrait des Annales des Maladies de l'Oreille, du Nez et du Larynx, avril 1901). Paris, Masson e C. Editeurs, 120 Boulevard Saint-Germain, 1901.

Mangioni dott. F. — *Le istituzioni pei sordomuti in rapporto all'educazione nuova — La vita economico-didattica dell' istituto di Firenze* (1894-1901) — *Il Patronato e la sua funzione di protezione.* (Firenze; Società Tip. Fiorentina, via San Gallo 33, 1941).

Masini Prof. Giulio. — *Sulla diagnosi e cura di alcuni neoplasmi della laringe.* (Estratto dalla Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, Anno XVI, 1895. Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi. Milano, Corso Magenta 48).

Idem. — *Influenza delle vicende atmosferiche sull'organo dell'udito allo stato di sanità e di malattia.* (Estratto dalla Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche n. 151, Anno 1897. Casa Editrice Dottore Francesco Vallardi; Milano, Corso Magenta 48).

Idem. — *Paralisi laringea « post-operatoria nel croup »* (Estratto dalla Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche n. 7, Anno 1898. Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Milano, Corso Magenta 48).

Messi dott. Gustavo. — *Le lesioni sifilitiche e parasifilitiche del naso.* (Napoli; Tipografia Tramontano; Piazza Dante 52, 1900).

Mongardi dott. R. — *Sur deux cas des Lymphadénie de l'Amygdale Linguale.* (Paris; Octave Doin, éditeur, Place de l'Odéon 8; Bordeaux; Feret et fils, éditeurs: Cours de l'Intendance, 15, 1901).

Ricci Dott. Carlo Alberto. — *Su un caso di Laringoscleroma.* (Estratto dall'Archivio italiano di Otologia-Rinologia-Laringologia; volume XI, fascicolo 2°. Torino, Stamperia dell' Unione Tipografica Editrice, Via Carlo Alberto 33, 1901).

Righetti dott. R. — *Sordomutismo e mutismo con audizione (sordità psichica).* (Estratto dalla Rivista di Patologia nervosa e mentale. Firenze; Società Tipografica Fiorentina, via San Gallo 33, 1900).

Schmiegelow dott. E. — *Beiträge zu den Funktionsuntersuchungen an Taubstummen in Dänemark* (Kopenhagen, Oet Nordiske Forlag, Berlin August Hirschwald 1901).

Sfameni dott. P. — *Della Dilatazione Bimanuale del collo dell'utero.* (Estratto dalla Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia, 1901; Napoli: Stabilimento Tipografico cav. Nicola Jovene e C. Piazza Trinità Maggiore 13; 1901).

Idem. — *Contributo alla conoscenza delle Terminazioni Nervose negli organi genitali esterni e nel capezzolo della femmina.* (Estratto dal Monitore Zoologico Italiano, anno XII, n. 1, 1901. Firenze, Società Tipografica Fiorentina, via San Gallo 33, 1901).

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1901 — Tipografia Luigi Niccolai, Via Faenza, 44.

Anno XIX. Firenze, Settembre 1901. N. 9.

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Laborim probus omnia vincit.

Clinica Oto-rino-laringojatrica della R. Università di Pisa diretta dal prof. V. Grazzi.

Di un sarcoma del condotto uditivo esterno

Contributo clinico ed anatomo-patologico

per il Dott. ULISSE NIZZI

L'organo dell'udito non è sede infrequente di neoplasmi maligni, di questi gli epiteliomi sono senza dubbio più frequenti dei sarcomi.

Stando infatti ad una statistica di 80 casi di tumori maligni, dei quali ho conoscenza e che trovo riportati dal Vali (1), dal Ferreri (2), dal Treillet (3), da Orne Green (4), da Sheild A. Marmaduke (5), da Sheibe (6), da Roncali (7), si rinvennero solamente sei casi di sarcomi del padiglione e dell'orecchio esterno, 5 dei quali sono primitivi, uno è secondario.

Menière (8), Kuhn (9), Dugge (10), riferiscono 5 casi di sarcomi dell'orecchio medio, dei quali 4 sono primitivi ed uno è secondario. Un fibrosarcoma svoltosi nell'orificio

(1) Questi numeri trovano il loro riscontro nella *bibliografia* che è in fine al lavoro.

faringeo della tromba d'Eustachio, caso unico del genere, è descritto dall'Haug (11).

Abbiamo quindi nella letteratura 12 sarcomi primitivi e secondari che interessano l'organo dell'udito; a questi, quale modesto contributo, aggiungo il caso da me osservato nell'Ambulatorio clinico del prof. V. Grazzi, al quale esprimo tutta la mia gratitudine per avermi gentilmente concesso di illustrare il caso, che forma oggetto della presente nota.

Riferisco brevemente le osservazioni più importanti per fare quindi opportune considerazioni intorno all'infermo da me studiato.

Kuhn ha osservato tre casi di sarcoma dell'orecchio medio; due dei quali primitivi, uno secondario: il primo è un mixo-sarcoma della cavità del timpano, sviluppatosi in un bambino di un anno di età. Secondo l'A. la neoformazione sarcomatosa aveva avuto origine da un residuo di quel tessuto mixomatoso, che esiste nella cavità timpanica durante la vita fetale e che talvolta può persistere nella vita estrauterina. Il tumore era formato da numerosi elementi cellulari giovani e la sostanza intercellulare da tessuto squisitamente mucoso. Il terzo caso è un melano-sarcoma dell'orecchio medio di sinistra: si tratta di una donna di 43 anni, molto pallida e dimagrata, la quale due anni prima di ricorrere a Kuhn, ebbe ad avvertire dei sibili e ronzii assai molesti all'orecchio sinistro, senza che tuttavia fosse compromessa la facoltà auditiva. Il marito potè allora notare nel condotto auditivo esterno un'escrescenza carnosa, che andava crescendo di volume. Circa un anno dopo dall'orecchio cominciò a gemere una secrezione acquosa di odore nauseante, ed 11 mesi più tardi la paziente avvertì per la prima volta dei dolori violenti nell'organo sede della malattia e contemporaneamente comparvero attorno al padiglione delle tumefazioni speciali. L'esame otoscopico fece notare nel condotto uditivo di sinistra un tumore allungato rosso-bluastro, abbastanza duro, dolente alla palpazione.

L'esame microscopico di un frammento del tumore

mostrò la natura della neoplasia per cui riescì vano qualunque tentativo d'operazione.

*
* *

Menière riferisce di un osteosarcoma dell'orecchio medio, osservato in un bambino di 8 anni di età. Il paziente aveva sofferto un' otorrea venuta in seguito ad influenza cinque anni prima della comparsa del tumore; l'otorrea scomparve dopo la perforazione chirurgica della membrana del timpano. L'esame obbiettivo fece notare nel meato uditivo una escrescenza carnosa di forma rotondeggiante e che faceva sporgenza all'esterno. Il tumore, un mese più tardi, aveva raggiunto notevoli proporzioni, e nell' infermo erano sopraggiunte paralisi generali. Menière tentò di asportare il tumore; poco tempo dopo però il paziente morì per la recidiva. L'esame istologico chiarì la diagnosi e mostrò che si trattava di un' osteosarcoma fuso-cellulare.

*
* *

Il caso di Marmaduke A. Sheild fu osservato in una giovine signora, la quale aveva sofferto fin dall' infanzia di otorrea e di dolori all'orecchio sinistro. Un anno prima di ricorrere all' operazione ebbe un ascesso alla regione mastoidea di sinistra; fu inciso, ed allora si vide che nella parete posteriore del condotto uditivo esisteva una tumefazione di dubbia natura. L'ammalata era pallida, anemica ed era tormentata da sensazioni cerebrali moleste e da dolori intensi. Una secrezione assai abbondante, di aspetto siero-sanguinolento e di odore nauseante, gemeva dall'orecchio sinistro.

L' esame otoscopico fece rilevare nel condotto uditivo esterno un piccolo tumoretto delle dimensioni e della forma di una ciliegia, di aspetto gelatinoso e che ostruiva quasi completamente il meato. Il tumoretto era sessile e sembrava provenire dalla parete posteriore del canale osseo. Estirpato il neoplasma e sottoposto all'esame microscopico, si potè stabilire che si trattava di un sarcoma formato in buona parte da tessuto embrionale e da cellule fusiformi,

rotonde ed irregolari con numerosi nuclei, alcune delle quali avevano l'aspetto di cellule mieloidi.

Fu di bel nuovo tentata l'operazione, e, per premunirsi da una possibile recidiva, fu fatta una vasta demolizione nella parte ove aveva sede il tumore.

*
* *

Sheibe descrive un caso di osteosarcoma primitivo sviluppatosi nel condotto uditivo esterno dell' orecchio sinistro in un giovine di 17 anni. Il paziente da qualche tempo si è accorto che la facoltà auditiva va diminuendo. Con l'esame diretto si vede nel condotto auditivo esterno un tumore duro, di forma irregolare, di colorito rosso-bluastro con erosioni alla superficie. Questo tumoretto è aderente mediante un corto peduncolo alla parete superiore ed anteriore del canale uditivo. Al microscopio si mostra formato da numerose cellule sarcomatose di forma affusata con nuclei ben visibili; in mezzo a queste cellule vi sono numerose trabecole ossee e qua e là si vedono cellule giganti. La sostanza intercellulare è scarsa, in scarso numero sono pure i vasi sanguigni. Il peduncolo del tumore risulta formato di trabecole ossee ben compatte in mezzo alle quali vi sono dei veri osteoblasti situati nelle lacune di Howschip.

*
* *

Nel caso di Roncali si trattò di un sarcoma melanotico del padiglione e del condotto auditivo esterno dello orecchio di sinistra, secondario a sarcoma melanotico svoltosi primitivamente in corrispondenza della radice del ponte zigomatico; fu osservato in un uomo di 64 anni.

Il paziente fin dall' infanzia aveva notato in vicinanza del ponte zigomatico una escrescenza della grandezza di una lenticchia, dura ed indolente e che andava sempre aumentando di volume. Un mese prima che il paziente si decidesse per l'operazione, il tumoretto aveva avuto un rapido accrescimento, assumendo un colore ardesiaco e la grossezza di un uovo di piccione.

Dopo 40 giorni dalla subita operazione sulla cicatrice

comparvero dei piccoli noduli di colore ardesiaco, che si estesero anche al condotto uditivo esterno e cagionando al paziente i dolori trafittivi. L'esame obbiettivo fece rilevare in corrispondenza del meato uditivo esterno di sinistra, e dietro il trago, numerosi noduli di colorito nero ardesiaco, di grandezza varia, da una nocciola ad un grano di miglio. Una massa carnosa, a superficie irregolare, ostruisce completamente il meato stesso per cui l'esame otoscopico riesce impossibile. La palpazione di questa massa, che ha consistenza dura provoca dolori. Non si notano ingorghi glandolari. La funzione auditiva nell'orecchio sinistro è quasi del tutto abolita. Con un adatto processo operativo vengono asportati tutti i noduli descritti e mediante un'accurata plastica si ottiene la guarigione per prima. L' infermo dopo questa seconda operazione è stato bene per due mesi circa; ma in seguito il processo neoplastico si è riacceso invadendo l'orecchio medio, la rocca petrosa, l'apofisi mastoide. La malattia si è pure riprodotta nel polmone, nel fegato, e lo infermo è morto dopo 5 mesi dall'operazione con atroci dolori.

L'esame istologico fa riconoscere le seguenti particolarità : le cellule che compongono il tumore sono strettamente addossate le une alle altre, sono grandi e di forma rotonda, hanno uno o due nuclei molto evidenti e ricchi di sostanza cromatica. Il protoplasma in rapporto coi nuclei è molto scarso. Le dette cellule sono come incastonate dentro ad una sottilissima e delicatissima rete connettivale, la quale è a maglie molto ampie ; questa rete dà al nodulo sarcomatoso una struttura alveolare. In mezzo agli elementi del sarcoma si rinvengono numerose cellule giganti con uno o più nuclei. Nel protoplasma di queste cellule giganti si trovano leucociti, corpuscoli rossi e cellule sarcomatose. L'A. spiega la presenza di questi elementi ammettendo che le cellule sarcomatose ed i leucociti siano cellule *insinuate* per nutrirsi a spese del protoplasma della cellula gigante, ed i corpuscoli rossi siano cellule *inglobate*, non avendo essi attività propria.

Degno di nota in questo tumore sono i parassiti (blastomiceti) ed il pigmento melanotico.

Il pigmento melanotico è assai abbondante e non è distribuito ugualmente in tutte le parti del neoplasma. Nelle parti vecchie è in così grande quantità che non è possibile vedere l'intima struttura del tessuto. Nelle parti giovani il pigmento è pochissimo, ed è distribuito nel protoplasma e nel nucleo delle cellule in forma di finissimi granuli, i quali mancano nel connettivo basamentale.

I blastomiceti sono abbastanza numerosi, si rinvengono nelle pareti periferiche del tumore dove abbondano gli elementi cellulari giovani e scarse sono le forme degenerative. I blastomiceti sono rotondi od ovoidali, risiedono a preferenza nel protoplasma delle cellule sarcomatose; alcune forme però sono estracellulari ed altre, ma assai rare, intranucleari o stanno nel protoplasma delle cellule giganti. Nell'interno di molte cellule di questo sarcoma si vedono tre o più blastomiceti; si osserva cioè la così detta infezione multipla della cellula accennata dal Soudakewitch (11). I blastomiceti assumono debolmente i colori dell'ematossilina. Le forme giovani però si colorano più intensamente delle adulte; qualcuna si vede in fase di moltiplicazione per gemmazione ed altre si vedono circondate da una sottile capsula cromatica. L'A. ha osservato che i blastomiceti inducono la distruzione delle cellule. Quando il parassita si è insinuato nel protoplasma della cellula, allora ingrandendosi, o schiaccia il nucleo respingendolo alla periferia, o si insinua nel nucleo dopo avere usurato la membrana nucleare. La distruzione quindi del citoplasma precede quasi costantemente quella del nucleoplasma.

Altre volte le cellule sotto l'influenza del parassita e dei suoi prodotti vanno incontro alla degenerazione grassa, alla ialina, alla degenerazione ipercromatolitica ed ipocromatolitica. Le cellule neoplastiche alla lor volta possono determinare la degenerazione dei parassiti ed in ultimo la loro distruzione, come hanno notato Maffucci e Sirleo (12).

Gli altri casi clinici, che ometto per brevità, presentarono caratteri e fenomeni morbosi presso a poco uguali a quelli descritti negli esempi che ho riportato.

Riferisco ora la storia clinica del caso da me studiato.

Tartivio Tinucci, di anni 10, di Faustino, nativo di Asciano, dimorante a Pisa. Nulla vi è da notare nel gentilizio che abbia attinenza con la presente malattia.

Il padre, vivente e sano, dice non essere stato mai ammalato; la madre morì tre anni fa per infezione puerperale. Il paziente ha un fratello e tre sorelle; non hanno mai sofferto malattie, tranne il morbillo; tutti sono di costituzione debole, pallidi e mal nutriti; un altro fratello morì a 19 mesi di meningite.

Il ragazzo, stando al racconto del padre, è nato a termine e si è mantenuto sano fino all'età di 6 anni, nel qual tempo ebbe il morbillo; guarì perfettamente, ma vi andò nuovamente soggetto a 8 anni; è di costituzione debole linfatica, non presenta tracce di rachitide, nè di scrofola. Due mesi circa dall'ultima infezione morbillosa, il padre si accorse che il bambino emetteva dall'orecchio sinistro della materia purulenta, piuttosto abbondante, di colorito bianco-giallastro, poco fetida, e siccome tale affezione non era dolorosa, i parenti si limitarono a fare di tanto in tanto qualche lavanda di quelle solite del popolino, e cioè con acqua di crusca, di lattuga, con latte, ecc. Lo scolo di pus però continuava e la facoltà auditiva era considerevolmente diminuita, fu allora che i parenti si decisero di chiedere il consiglio medico di persona competente.

Il paziente fu visitato nel maggio 1899 nei RR. Spedali riuniti di Santa Chiara in Pisa al suo ambulatorio clinico dal Prof. V. Grazzi, il quale riscontrò otite media purulenta cronica ed un polipo nel condotto uditivo esterno, ben visibile anche all'ispezione non sussidiata da strumenti; tale tumoretto era della grandezza di una lenticchia, con larga base d'impianto. Non fu possibile in quel giorno asportare il tumore e fu consigliato il padre di riportare altra volta il bambino per l'operazione; intanto gli fu suggerita una conveniente cura disinfettante. La cura fu continuata per alcuni giorni, e siccome cessò di gemere il pus, i parenti trascurarono i consigli avuti, di riportare cioè il bambino per l'operazione, credendo all'apparente guari-

gione. Nell'agosto il ragazzo ebbe di nuovo otcrrea anche questa volta preceduta da dolori. In questo tempo il bambino era tormentato da un prurito all'orecchio sinistro, assai molesto, tanto che era costretto ad irritare continuamente il meato auditivo con corpi estranei o colle dita.

Lo scolo di materie purulente ha continuato fino al 10 dicembre, 1900, e questa volta il paziente viene di nuovo condotto dal Prof. Grazzi, il quale lo pone sotto la mia osservazione.

A quest'epoca esaminando l'orecchio sinistro si trova tutto il condotto uditivo esterno e gran parte della conca del padiglione coperti di tante piccole squamo-croste di colorito giallo-verdastro; si osserva inoltre gemizio di pus piuttosto denso, ma non molto fetido.

Asportati questi prodotti patologici con opportune abluzioni con liquido asettico, ed asciugata la parte con cotone, si presenta all'occhio una massa carnosa di colorito rosso-bluastro, di consistenza molliccia, molto elastica, che riempie in gran parte il condotto uditivo.

L'audizione per la via aerea è quasi del tutto abolita, mentre per gli esami che vengono fatti con la trasmissione dei suoni per la via craniense risulta che l'apparecchio di percezione del suono è integro. Normale è l'orecchio destro.

Dal prof. Grazzi, dopo alcune considerazioni cliniche sulle comuni complicazioni delle otiti medie purulente croniche e sui neoplasmi auricolari, viene fatta l'asportazione del presunto polipo col serranodo di Wilde, previa cocainizzazione della parte.

All'estirpazione, che non presentò nessuna difficoltà, tenne dietro una lieve emorragia presto frenata. Asciugato il condotto uditivo, fu fatto in seguito il raschiamento della base d'impianto del tumoretto con una piccola cucchiaia ed il canale auricolare fu occluso con garza all'iodoformio.

***

Esame macroscopico. — Il tumore asportato è grosso come una piccola ciliegia; ha un colorito rosso-bluastro con superficie irregolare ed è di consistenza molle.

Esame microscopico. — L'esame istologico da me praticato nell'Istituto di Patologia Generale, fa notare che il tumore consta di due porzioni ben distinte per la struttura: una periferica, ed una posta più centralmente.

Nella porzione periferica gli elementi cellulari in alcuni tratti sono scarsi, in altri numerosi e strettamente addossati gli uni agli altri.

Nei tratti ove gli elementi cellulari sono meno abbondanti notiamo che questi hanno in massima parte una forma rotondeggiante, con nucleo piccolo, sferico, ben colorato. In molti tratti però vi sono degli elementi il cui corpo cellulare presenta dei prolungamenti disposti in vario modo, con nucleo grande vescicolare. La sostanza intercellulare é abbondante, muciniforme, di aspetto omogeneo. In mezzo alle cellule descritte decorrono numerosissimi vasi sanguigni, la cui parete sottile è formata da una membranella rivestita da cellule endoteliali grandi, rigonfie; queste cellule si dispongono in gran numero attorno ai vasi sanguigni, ove più abbondanti sono tutti gli elementi in genere. In alcuni punti la sostanza fondamentale intercellulare è finamente fibrillare, talvolta abbiamo qualche raro tralcio formato da fibre connettivali e fibroblasti. Se osserviamo la porzione della parte periferica dove è raccolto il maggior numero degli elementi cellulari, vediamo che alcuni di questi sono piccoli di forma rotonda con scarsissimo protoplasma e con un nucleo grande e ben distinto, altri, pur avendo scarso protoplasma, hanno due o più nuclei.

In prossimità dei vasi sanguigni vi sono cellule allungate quasi fusiformi; si riscontrano anche delle forme rotonde fornite di scarso protoplasma con nucleo piccolo. Tutti questi elementi cellulari non sono altro che cellule sarcomatose, le quali vanno infiltrandosi tra gli elementi mixomatosi a cui abbiamo già accennato.

Gli elementi sarcomatosi che presentano forme atipiche di cariocinesi circondano i vasi sanguigni e ne tappezzano internamente la membranella che li limita.

Riassumendo così l'apparenza di questa porzione del neoplasma possiamo dire che, in alcuni punti si ha la

struttura tipica del mixoma semplice, nella maggior parte del rimanente tra le cellule mixomatose si vanno infiltrando elementi a carattere nettamente sarcomatoso.

Guardando alla parte centrale vediamo che quanto più ci avviciniamo ad essa, gli elementi mixomatosi diminuiscono di numero, mentre sono abbondantissime le cellule sarcomatose con figura globosa, specialmente intorno ai vasi sanguigni. In alcuni punti del neoplasma osserviamo ancora un vero agglomeramento di elementi cellulari con una ricchissima vascolarizzazione sotto forma di vere lacune sanguigne, dentro le quali fanno sporgenza gli elementi sarcomatosi stessi. Nella parte più centrale dove il tessuto sarcomatoso è abbondante vi sono molte cellule giganti con quella apparenza che hanno nei tumori sarcomatosi. Verso la base di impianto del neoplasma esistono delle emorragie interstiziali diffuse, mentre nella parte centrale si notano delle zone di degerazione del connettivo con formazione di piccole cavità pseudo-cistiche.

Si tratta dunque di un mixosarcoma primitivo iniziatosi nella porzione profonda del condotto uditivo, forse nel connettivo del cercine timpanico e che si tratti di mixosarcoma si desume con sicurezza dal carattere e disposizione degli elementi e della struttura tipica dei vasi sanguigni.

*
* *

Il principio del male risale dunque a due anni fa circa. I sintomi più salienti presentati dal nostro paziente si possono ridurre ai seguenti: diminuzione grave della facoltà auditiva nell'orecchio sinistro, otorrea, ed ostruzione parziale del condotto uditivo esterno da una massa neoplastica. L'otorrea e la diminuita audizione sono sintomi comunissimi nelle malattie croniche dell'orecchio esterno e medio; è da osservare piuttosto che il fenomeno dolore nel nostro caso ha fatto quasi sempre difetto. Questo fatto si spiega pensando al modo con cui si è svolta l'otite, che fin dal suo insorgere prese un andamento cronico, e dall'essere sempre la neoplasia al suo inizio.

La diagnosi di otite media purulenta cronica con po-

lipo del cercine timpanico si imponeva, fino dalla prima visita, ma l'esame istologico del tumore ha fatto modificare il nostro giudizio riguardo alla natura della neoplasia, che non è di quelle che comunemente si osservano nell'orecchio e ci ha fatto riservatissimi nella prognosi.

Eseguito l'esame istologico del pezzo asportato dal Prof. Grazzi, informai la famiglia del paziente della gravità della malattia, e feci vive premure al padre del bambino perchè di tanto in tanto lo avesse riportato a far vedere. Il 12 febbraio di quest'anno (1901) abbiamo potuto rivisitare il bambino, osservando che mentre l'otorrea era scomparsa, il tumoretto si era riprodotto in sito.

Nella stessa seduta fu di nuovo estirpato il neoplasma coll'ansa fredda, e, dopo avere usate tutte le precauzioni per la disinfezione e per l'anestesia locale, fu eseguito un raschiamento nel condotto uditivo più accuratamente e nel modo più completo che era possibile. Sottoposto il tumoretto ad un nuovo esame istologico, questo ha confermato la precedente diagnosi. Il tumore ha la struttura tipica di un mixosarcoma ed a differenza del precedente esame non mostra più quella diversità di struttura nelle due porzioni, centrale e periferica, ha carattere uguale in tutte le parti ed è più ricco di elementi sarcomatosi.

Noi abbiamo cercato di persuadere la famiglia sulla necessità di una operazione radicale; non siamo riusciti nell'intento, poichè la famiglia del paziente ha ricusato qualunque ulteriore cura chirurgica.

Attualmente (maggio 1901) il paziente non accusa alcun disturbo, tranne la sordità; non ha otorrea, non ha vertigini, nè altre sensazioni moleste.

Il neoplasma si è però di già riprodotto ed è cresciuto rapidamente di volume, ma ancora non si è esteso ai tessuti vicini.

Circa l'esito della malattia, noi possiamo con sicurezza dire che il tumore ben presto manifesterà tutta la sua grave sintomatologia ed allora riuscirà vano ogni tentativo di cura.

Pei casi già noti nella letteratura medica, e per quello da me osservato, sono in grado di poter affermare:

1.° Che i sarcomi primitivi del condotto auditivo e del padiglione dell'orecchio sono rari; ancora più rari poi quelli secondari: e che tanto gli uni, quanto gli altri possono insorgere a qualunque età.

2.° Le cause irritanti di qualunque natura esse siano, sono importanti nella genesi del sarcoma primitivo dell'orecchio, come in generale in tutti i tumori maligni, poichè sappiamo che un sarcoma si sviluppa ogni qualvolta speciali cause irritative predispongono un tessuto connettivale a reagire sotto lo stimolo forse di un determinato parassita.

3.° Il sarcoma, al suo inizio, può essere scambiato con affezioni varie del condotto uditivo. La diagnosi quindi, specialmente se si vuol fare nel principio della malattia, in alcuni casi è assolutamente impossibile (come nel caso del Grazzi) se non vien praticata la ricerca microscopica del tumore. Tutte le volte perciò che si osserva un così detto polipo auricolare, si rende necessario l'esame istologico, potendo questo solo decidere dell'esito della malattia stessa, mentre le apparenze macroscopiche del tumore possono trarre in inganno.

4.° Il sarcoma dell'orecchio inizia subdolamente e da principio non dà alcuna sensazione dolorosa, solo tardi, e quando si è esteso ai tessuti vicini, è causa di sensazioni molestissime e di dolori atroci per invasione dei nervi vicini.

5.° — Il decorso dei sarcomi auricolari non è in relazione colla grandezza e colla forma delle cellule da cui risulta l'intima tessitura del tumore, ma è in diretto rapporto colla maggiore o minore quantità di vasi sanguigni e di nuclei in cariocinesi e finalmente coi parassiti (blastomiceti) che si ritrovano nel tessuto neoplastico.

6.° — L'invasione del sarcoma del condotto auditivo esterno all'orecchio medio ed interno non è spesso rivelata da sintomi clinici; dobbiamo perciò essere sempre riservati sulla prognosi.

7.° — La prognosi dei sarcomi dell'orecchio a giudicare dai casi riferiti sarebbe sempre infausta, però se il sarcoma è al suo inizio, con un processo operativo radi-

cale la malattia è suscettibile di guarigione. Quando però il sarcoma ha sede nell'orecchio medio o nell' interno, od ha dato segni di diffusione, è inutile tentare qualsiasi atto chirurgico, non essendo possibile asportare tutte le parti affette.

8.° — Se il sarcoma è limitato al condotto uditivo esterno, dobbiamo senz'altro operare e seguire il processo radicale, che consiste in una vasta demolizione del condotto stesso e delle regioni vicine, e non contentarsi di una semplice asportazione della zona invasa dal neoplasma, se vogliamo avere qualche guarentigia che il tumore non si riproduca.

BIBLIOGRAFIA

1. — VALI, *Archiv. für Ohrenheilkunde*, vol. XXXI.
2. — FERRERI, Sopra l'epitelioma del padiglione. *Lo Sperimentale*, 1888.
   IDEM. *Archivio italiano di Otologia*, 1894.
3. — TREILLET, citato dal Ferreri. Sull'epitelioma del padiglione. *Archivio italiano di Otologia*, *Rinologia e Laringologia*, 1894.
4. — ORNE GREEN. *Transactions of the American Otological Society*, 1870.
   IDEM. Sarcome à cellules arrotondies dans l'oreille. *Archives of Otology*, 1884.
   IDEM. A Series of cases of new-growths of the Ear-Primary Sarcoma of the meatus. *Archives of Otology*, 1893.
5. — SHIELD A. MARMADUKE. A case of sarcomatous growth of the external auditory canal. *Archives of Otology*, 1892.
6. — SHEIBE. Sarcome Tumors of the Ear. *Archives of Otology*, 1895.
7. — RONCALI. Intorno al sarcoma del padiglione dell'orecchio. *Archivio italiano di Otologia*, *Rinologia e Laringologia*, vol. V, 1897.
8. — MENIÈRE. Case of ossifiying sarcoma of the middle ear in a child eight years of age (Paris, Society of Laringology, Otology and Rhinology, 1894). *The Journal of Laringology*, *Rhinology and Otology*, 1895.
9. — KUHN, Weber, Zwei Fälle von Sarkom der Mittelohrens. *Verhaudlungen der Deutschen Othologischen Gesellschaft*, 1896.
   IDEM. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1894.
10. — DUGGE. Inaugural Dissertation, *München* 1891.
11. — SOUDAKEWITCH. Recherches sur le parasitisme intercellulaire et intranucellaire chez l'homme; *Annales de l'Institut Pasteur*, 1893.

12. — Maffucci e Sirleo. Osservazioni ed esperimenti intorno ad un blastomicete patogeno con inclusione dello stesso nelle cellule dei tessuti patogeni. *Il Policlinico*, 1895.

13. — Origene Masini. Contributo alla cura dei polipi auricolari. *La salute, Italia Medica*, anno XVII. Genova 1883.

14. — Ferreri. Note istologiche sopra i polipi della cassa timpanica, *Lo Sperimentale*, 1889.

RASSEGNE

1. **Palla di revolver penetrata fra l'apofisi mastoide e la giugulare;** per il prof. G. Masini. — L'A. parla di un giovane di 27 anni che si era tirato un colpo di revolver nella regione ioidea sinistra. La palla, penetrò sotto la punta dell'apofisi mastoide, e non fu estratta. Verso la fine dell'anno 1899 una tumefazione dolorosa comparve dietro l'orecchio, tumefazione accompagnata da febbre, rumori, vertigini, vomiti, perdita parziale della memoria, e il malato si presentò alla clinica per essere migliorato delle sue sofferenze. Si praticò l'esame radioscopico, che fece vedere la presenza del proiettile e permise di stabilirne la localizzazione; si procedette quindi all'estrazione; i sintomi generali disparvero rapidamente e la guarigione fu ottenuta in poco tempo.

In questa osservazione l'A. fa notare la manifestazione di alcuni sintomi in rapporto con la introduzione nella corrente sanguigna di sostanze tossiche ed infettive provenienti da un focolaio suppurato, che può considerarsi come il principio di una septicoemia (*Annali di Laringologia e d'Otologia*; *anno II*, *fasc. 1, 1901*).

2. **Isteria grave provocata dalla presenza di un ago nell'orecchio;** per il dott. Lannois. L'autore riferisce la storia di una giovine isterica, la quale due anni prima, era stata presa da una sordità improvvisa ed assoluta, che durò un mese a destra e più di un anno a sinistra. Poco dopo fu curata per una pseudo-meningite-isterica ed infine ebbe delle crisi che si ripetevano da una a sei per giorno. Dopo la pseudo-meningite la paziente presentava pure un paraplegia quasi completa: fu per questo ch'ella entrò all'ospedale.

L'esame diretto fece scoprire la presenza nell'orecchio destro di un frammento di ago di un centimetro e mezzo, frammento che si trovava in quella regione da più di due anni. Asportato il corpo estraneo la malata guarì completamente.

L'autore insiste sulla necessità di ricercare nell'isterismo la causa fisica o psichica che provoca le sue manifestazioni localizzate o generalizzate: agendo così si ha la probabilità di ottenere la guarigione. (*Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rinologie*; mai-juin 1901).

3. **Un caso di mastoidite suppurata senza otite**; per il dott. Lenhardt. — Si tratta di una donna di 50 anni, artritica, soggetta alle nevralgie, che fu presa nel settembre 1900 da violenti dolori dal lato sinistro del cranio, dolori che si estendevano dalla regione occipitale fino all'angolo della mascella con tumefazione della regione mastoidea. Non avendo avuto la malata nessun disturbo dal lato della faringe e del naso e non avendo alcun sintoma di otite catarrale fu diagnosticato trattarsi di zona. Il 6 novembre aumentando i sintomi mastoidei fu necessario di ricorrere all'apertura dell'apofise mastoide, le cui cellule superficiali furono trovate piene di pus.

Per rendersi conto delle suppurazioni dell'apofisi al seguito di una semplice otite catarrale, l'A., pensa che la teoria della virulenza sviluppatasi per la formazione di una cavità chiusa (Dieulafoy) sia sufficiente. In quanto alle suppurazioni della mastoide senza catarro della cassa, esse possono seguire un'altra via essendo l'osso temporale disposto a divenire sede di una osteite.

Nel caso in questione si sarebbe trattato di una otite reumatica. (*Archives internationales de Laringologie, Otologie et de Rhinologie,* mai-juin 1901).

4. **Observations on the pathology of the pharyngeal tonsil and on its operative removal.** (Osservazioni sulla patologia della tonsilla faringea e sua asportazione); pel il dott. H. Gradle (Chicago). Il principio dell'ipertrofia adenoide risale sempre, secondo le osservazioni dell'A., a un coriza acuto con ostruzione nasale. Il primo attacco di cariza non produce necessariamente una grande ipertrofia, ma ad ogni attacco infiammatorio successivo la tonsilla cresce. Finito l'attacco di coriza l'ostruzione persiste, e si può allora constatare che la tonsilla è ipertrofica. L'A. pensa che un bambino che a 5 anni di età non ha ipertrofia adenoide, ne rimane esente per il resto della vita. Opina ancora che i fattori che si fanno entrare usualmente nell'eziologia di questa malattia, cioè il clima e l'atmosfera hanno importanza nel senso che favoriscono l'infiammazione della muccosa nasale.

Alla domanda perchè il coriza provoca ipertrofia adenoide in alcuni soggetti e non in altri, non si può ancora rispondere adesso: qui occorre riferirsi agli altri momenti eziologici portati in campo da varie parti, quali eredità, scrofola, ecc.

L'A. ritiene importante di ben distinguere tra la ipertrofia della tonsilla faringea e l'infiammazione subacuta del tessuto adenoide ipertrofico. Egli crede che è a quest'ultima che si deve il pericolo che corre l'orecchio, cioè che l'otite, specie la suppurativa, e la bronchite secondaria sono sempre la conseguenza non dell'ipertrofia adenoide per sè stessa ma dell'adenoidite.

La terapia della tonsilla faringea ipertrofica consiste nell'ablazione. L'A. la fa con un suo instrumento che è una modificazione della ghigliottina di Schütz. Con esso si può asportare tutta la tonsilla in un colpo solo, con non più emorragia, forse con meno, di

quella che si abbia adoprando altri strumenti. La modificazione che egli fece all'istrumento è sopratutto nel manico, che permette una buona impugnatura ad una ferma pressione dello strumento contro il faringe, ciò che rende facile l'asportazione in un solo pezzo (*The Laryngoscope*, marzo 1901). BOBONE (*Sanremo*).

5. **On sounding and irrigating the frontal sinus through the natural opening** (Sul sondaggio e sulla irrigazione del seno frontale per le vie naturali); per il dott. WALTER A. WELLS (Washington). — L'A. dopo aver rilevato come la posizione dell' orificio del seno frontale gli procura, sugli altri, il vantaggio di poter essere sondato, drenato ed irrigato con facilità, deplora che il metodo di cura dell'empiema del seno frontale per le vie naturali sia troppo trascurato, e sostituito con operazioni più o meno radicali.

Egli opina che *in tutti i casi di suppurazione del seno frontale in cui non si è certi della presenza di polipi, granulazioni, necrosi, od altre alterazioni croniche si deve tentare la cura mediante irrigazioni per le vie naturali prima di procedere all'operazione radicale.*

Trova poco soddisfacenti, e spesso incorrette, le descrizioni che i trattati danno intorno alla comunicazione tra la cavità nasale e frontale. Egli trovò che solo in una metà di casi era possibile penetrare nel seno con la sonda spinta attraverso l'hiatus; mentre nell'altra metà dei casi l'ostio era od immediatamente, o parecchi millimetri, avanti l'hiatus. La miglior guida è il processo uncinato: la sonda deve introdursi immediatamente avanti di esso.

In una serie di esperienze da lui fatte l'A. trovò che in tutti i casi, meno uno in cui il turbinato medio era mal conformato ed ermeticamente appoggiato alla parete esterna del naso, gli fu possibile penetrare nel seno frontale con una sonda piegata sotto varii angoli ed a distanza variabile dalla sua punta. La sonda che gli parve penetrare nel seno con maggior facilità era piegata ad un angolo un po' superiore ai 90°, a circa 30 mm. dalla punta. Se la sonda era piegata sotto un angolo inferiore al retto o snperiore a 120° (come quelle di Hansberg e di Hartmann) non gli era possibile entrare nel seno. La sonda di Lichwitz ha il becco troppo corto. La sonda graduata introdotta in modo da arrivare appena al pavimento del seno, era in contatto col margine anteriore del pavimento delle fosse nasali a 6 cm. dalla sua punta.

Uno dei segni, non ancora menzionati, che il becco è penetrato nel seno frontale, non altrove, è la possibilità di rotare il manico della medesima, dentro certi limiti.

In alcuni casi è necessaria la resezione dell'estremità anteriore del turbinato medio. (*The Laryngoscope*. Aprile 1901).

BOBONE (Sanremo).

6. **Faux adenoïdisme par insuffisance respiratoire chez des nevrophates. Troubles de la voix parlée et chantée. Traitement par la gymnastique respiratoire** (Falso adenoidismo da insufficienza respiratoria in nevropatici. Disturbi della voce parlata e cantata. Cura colla gin-

nastica respiratoria); pel dott. Marcel Natier. L'A. afferma che ogni rottura di equilibrio nel ritmo regolare della respirazione si ripercuote sullo stato generale, ed è capace di far credere all'esistenza d'altre malattie. Mediante l'apparecchio registratore usato nella fonetica sperimentale è possibile rendersi conto esatto del modo con cui si compie la respirazione. Egli studiò in tal modo parecchi soggetti che erano stati *falsamente* considerati come malati di vegetazioni adenoidi e, per conseguenza, era stata proposta loro, da altri, l'operazione, od eseguita, senza successo. L'A. potè dimostrare che questi soggetti erano niente altro che nevropatici a respiro difettoso. Bastò una cura generale e degli esercizi respiratori metodici per guarirli, talora con sorprendente rapidità. (*Soc. franc. di Otol. e Laryngol., Riun.* maggio 1901). Bobone (Sanremo).

7. **Laryngite nodulaire et troubles respiratoires. Traitement par la gymnastique réspiratoire.** (Laringite nodulare e disturbi respiratori. Cura mediante la ginnastica respiratoria); per il dott. Marcel Natier. L'A. ritiene la laringite nodulare (noduli dei cantanti) come perfettamente curabile in tutti i casi, al patto di volgersi contro la causa che la produce. Accenna ad una malata che potè guarire rapidamente. Essa era nevropatica, ed aveva una respirazione molto difettosa. Ecco la causa del male in questa specie di malati. La malattia sarebbe dovuta agli sforzi incessanti che fanno i malati per far combaciare le corde vocali paretiche. Questo cambiamento non si può ottenere se la respirazione non è normale. Ciò si ottiene curando lo stato generale e facendo fare esercizi respiratori metodici. Sotto questa cura si vedrà scomparire molto rapidamente certi noduli che resistettero a tentativi i più diversi. (*Soc. franc. d'Otol. e Laryngol.* Riun. maggio 1901). Bobone (Sanremo).

8. **A case of Submucous Haemorrage of soft Palate.** (Un caso di emorragia sottomucosa del palato molle); per il dott. De Santi. — L'A. osservò questo fatto in un uomo. L'emorragia era grossa quanto una noce avellena. Apparve rapidamente mentre il malato mangiava una crosta di pane. Il malato aveva già avuto due attacchi simili, uno sul dorso della lingua, l'altro sul pavimento orale. L'uomo non era emofillico. (*Proceeding of the Laryngological Society of London.* 8 marzo 1901). Bobone *(Sanremo).*

9. **Case of porsistently recurring Nasal Polypus with Suppuration in frontal and Ethmoidal Sinuses Operation. Result.** (Caso di polipi nasali persistentemente recidivanti, accompagnati a suppurazione dei seni frontale od etmoidale. Operazione. Guarigione); per il dott. Lambert Lack. — Il paziente soffriva di polipi da parecchi anni, che si accompagnavano a suppurazione profusa dei seni. Durante tre anni gli furono asportati i polipi in media ogni 15 giorni senza che il paziente fosse, durante tutto questo tempo, capace di respirare per il naso. Quando l'A. vide, or son due anni, il paziente per la prima volta, fece tosto il raschiamento delle cavità nasali, riuscendo a far respirare il malato meglio di prima. Dopo l'operazione, la suppurazione

diminuì di molto ma non cessò completamente finchè i seni frontali non vennero obliterati. Questa operazione è, per l'A., la sola misura sicuramente curativa e deve eseguirsi rimovendo completamente le pareti anteriore ed inferiore del seno. La deformità che ne risulta è leggera.

Il caso fu presentato dal Lack alla Società Laringologica inglese. Dall'interessante discussione, che ne seguì, merita di essere rilevata la opinione di sir Felice Semon, che riepiloghiamo, e che ha per soggetto sopratutto l'indicazione dell'operazione radicale in questi casi. Premesso che, appartenendo ai seniori non vorrebbe essere riguardato come un oppositore del progresso dei tempi, Semon non può esimersi dal far notare che guardando indietro su un periodo di 25 anni durante i quali egli si occupò della specialità, e vide una gran quantità di simili casi, trova che molto pochi, tra questi, siano andati a male prima della scoperta di queste moderne forme di trattamento. Senza dubbio si dettero *pochi* casi in cui i sintomi minacciosi, quali forte mal di capo, coma, disturbi meningei ed altre complicazioni derivarono dal non aver compreso la loro causa e dal non essere intervenuti radicalmente; ma quanto pochi furono e sono tali casi! Inoltre, egli vide anche casi in cui dopo l'operazione radicale, la suppurazione continuò egualmente, rese necessarie altre operazioni, dopo la quali il paziente non si trovò meglio di prima, Opina, pertanto, dover formare oggetto di profonda considerazione il fatto: se la scoperta di un po' di pus che venga dal seno frontale domanda un'operazione radicale in ogni caso (*Proceedings of the Laryngological Society of London*. 1 febbraio 1901).

Bobone *(Sanremo)*.

10. **Contribution à l'étude de la tuberculose nasale.** (Contributo allo studio della tubercolosi nasale); per i dottori L. Bar (Nizza) e V. Texier (Nantes). Gli AA. riportano tre nuove osservazioni di tubercolosi nasale. Nella prima esisteva sul setto, a destra, a 2 cm. dalla estremità anteriore un tumore rossastro, bernoccoluto, estendentesi all'indietro per la lunghezza di 4 cm. circa, di consistenza molle, friabile, inserito a base larga sul setto. Faringe, laringe, polmoni, sani. Asportato ed esaminato istologicamente si trovò contenente dei noduli di cellule che non sono altro che tubercoli agglomerati, la cui natura è dimostrata dalle cellule giganti che fan parte dei nodi.

Trattavasi, quindi di tubercolosi nasale primaria a forma polipoide. Nel secondo caso, invece, trattavasi di tubercolosi nasale secondaria a forma pseudo- poliposa e granulosa.

V'erano lesioni tubercolari nei polmoni, nel laringe e nel faringe. Le fosse nasali erano ostrutte da masse liscie, pseudo polipose, rosse, sessili, inserite sui due lati del retto cartilaginoso e sul pavimento delle fosse nasali. Il terzo caso riguardava un paziente con tubercolosi polmonare presentante all'entrata delle fosse nasali un aggruppamento di masse sessili, circondate dal derma infiammato, ricoperta da una ulcerazione assai vasta, a bordi frangiati, con delle granula-

zioni giallastre tipiche, estremamente dolorosa. Raschiamento, pennellature con soluz. di acido lattico 80 %, guarigione. (*Rev. hebd. de Laryngol. d'Otol. et de rhinologie*). BOBONE (Sanremo).

11. **Accidents attending adenoid operations.** (Inconvenienti che avvengono nelle operazioni dell'ipertrofia adenoide); per Dr. C. R. HOLMES e H. STOWE GARLICK (Cincinnati) — con 3 fig.

Trattasi di due casi, uno di Holmes, l'altro di Garlick, nei quali l'adenotomo si ruppe nel cavo naso faringeo durante l'operazione. Nel caso di Holmes, appena introdotto l'istrumento in sito e cominciata la pressione prima di dare il primo colpo si udì un crack. Ritirato lo strumento si trovò mancante della parte tagliante dell'anello, ch'era rimasta nel cavo naso faringeo. Non avendo sottomano pinze adatte per estrarla, Holmes avendo trovato che uno dei suoi capi era rimasto aguzzo e foggiato ad uncino, lo conficcò nella polpa del suo dito e la tirò rapidamente in bocca da dove fu estratta collo pinza. Nel caso di Garlick la rottura successe allo stesso modo e nell'istesso momento, ma la parte dell'anello tagliente distaccata fu inghiottita dal bambino, che la evacuò tre giorni dopo. La gravità di simili accidenti ed il pericolo corso dal secondo paziente si illustrano da loro (*The Laryngoscope May. 1901*). BOBONE (Sanremo).

12. **Paralisi oculari e otiti**; per il Dott. DE LAPERSONNE. — I rapporti esistenti fra l'orecchio interno ed i centri oculo-motori sono oggi dimostrati da molti fatti. Così si spiega il nistagmo ed alcune paralisi, che sono state osservate durante il corso delle otiti. L'A. riferisce la storia clinica di un malato affetto da paralisi del grande obliquo manifestatasi durante il corso di una otite. (*Revue Hebdomadaire de Laryngologie, et d'Otologie;* n. 28, 1901).

BIBLIOGRAFIA

Dell'aero-termo-terapia in generale e più particolarmente in rinologia. (*Du traitment aérothermique en général, et plus particulièrement en rhinologie*) per il dott. MARIUS MENIER, ex-assistente della clinica libera del dott. Lichtwitz.

Nel 1845 Dieffenbach accennava ad un possibile uso dell'aria calda e del vapor d'acqua calda come agente terapeutico, ma fu solo in questi ultimi anni che si pensò di utilizzare questo agente così prezioso, e che si inventarono e si perfezionarono gli apparecchi produttori di esso.

Snegirew per il primo nel 1894 dimostrò essere il vapor d'acqua calda un eccellente emostatico e di esso come tale si servì in numerosissime operazioni con molto successo. Nel 1899 Ceccherelli e Belfanti raccomandano pure questo vapore sotto pressione nelle

emorragie capillari, e Berthold (vedi *Bollettino,* gennaio 1901) se ne valse in affezioni nasali ribelli sino allora ad ogni mezzo terapeutico.

E' cosa nota che quanto più l'aria è secca, tanto più elevate sono le temperature che la pelle e la mucosa possono sopportare senza pericolo, ma se l'aria è carica di vapor acqueo, non si ha più un' iperemia, ma bensì una vera causticazione. Perciò l' impiego del vapor acqueo caldo in rinologia non è solamente dolorosissimo, ma anche non scevro di inconvenienti.

Molto più semplice ed inoffensivo sarebbe l' uso dell'aria secca riscaldata, la quale, oltre ad essere assai meglio sopportata dalla cute e dalle mucose che non l' aria umida, è facilmente dosabile, non dà reazioni secondarie, può essere usata sopra una larga estensione senza inconvenienti, e produce nei tessuti una benefica iperemia. Secondo *Lermoyez* e *Mahu,* l'aria secca e calda ad una temperatura fra i 70° ed i 90° produce dapprima sulle mucose sane siccità, rubefazione e tensione; aumentando la temperatura ben presto insorge uno scolo acquoso più o meno abbondante, effetto della reazione della mucosa al calore.

Localmente l' aria calda venne usata da *Hollånder* e *Lang* e da *Ullmann* contro il lupus tubercolare, le ulcerazioni veneree e sifilitiche, le ulceri varicose, le gomme ulcerate, ed in genere contro tutti quei processi torpidi conosciuti sotto il nome generico di serpiginosi. *Fr. Neumann* se ne valse con ottimo successo specialmente nell' artrite deformante, *Zimmermann* nelle affezioni articolari croniche, *Bourgeois* nell' ulcera corneale infettiva.

Varii furono gli apparecchi adoperati per la produzione e la propulsione dell' aria calda e secca : i primi ed i più semplici furono quelli di *Holländer*, *Vorstaedter*, e *Ullmann*, ma con essi è impossibile il regolare la temperatura come pure il farla aumentare o diminuire. *Gautier* e *Larat* nella loro cura dell'ozena mediante la circolazione di aria calda si servivano di aria compressa, che, dopo aver gorgogliato in liquidi medicati, veniva a scaldarsi in un serpentino e poscia circolava nelle fosse nasali.

Jayle per uso ginecologico si serve di un generatore d' aria calda che è un ingegnosa modificazione del termocauterio ordinario.

L' apparecchio di cui si servono *Lermoyez* e *Mahu*, i quali sono i veri promotori dell' aero-termo-terapia in rinologia, si compone di tre parti :

1.° Il serbatoio dell' aria. Cilindro di varia capacità ripieno di aria compressa a 120 atmosfere. Questo mediante un tubo di gomma comunica col

2° Generatore d'aria calda, serpentino di rame racchiuso in due involucri metallici fra i quali può circolare la fiamma di un becco di Bunsen.

3° Il tubo conduttore dell'aria calda (vertebrato, rivestito internamente di amianto, in modo da resistere alle più alte temperature)

e le canule d'applicazione che possono essere di varia forma e grandezza.

Fra il tubo e la canula è situato il regolatore di temperatura e pressione, consistente in un tubo metallico lungo tre centimetri, perforato lateralmente e nella sua parte mediana da un piccolo orifizio che può venire chiuso in tutto ed in parte da un dado a forma di cono, avvitato al tubo stesso. Scopo di esso regolatore è di poter diminuire la pressione del getto (che in certe cavità, se troppo forte, potrebbe recare inconvenienti) e di poter aumentare la temperatura dell'aria all'uscita della canula. Il fatto di lasciar uscire una parte dell'aria pel foro laterale prima del suo passaggio nella canula, provoca un aumento della quantità dell'aria calda attraversante il tubo in un dato tempo, indi un aumento di temperatura nell' estremità del tubo stesso, e corrispondente riscaldamento dell'aria.

La temperatura si misura con un termometro fissato per un momento alla canula mediante un tubo di gomma.

Essendo assai difficile ed anche costoso il procurarsi in provincia i tubi di aria compressa, il dott. Lichturtz dopo aver provato inutilmente di sostituirli mediante pompe a mano e « souffleries » immaginò una pompa mossa da un motore elettrico, la quale dà l'aria sotto una certa pressione; per evitare l'intermittenza della corrente aerea, si intercalò un serbatoio in gomma che rende costante questa pressione.

L'applicazione dell'aria calda si fa sotto il controllo della vista: la canula viene introdotta nella fossa nasale e se ne mantiene l'orifizio a due o cinque mm., dalla superficie della mucosa. La seduta dura da 2 a 4 minuti e può essere ripetuta ogni due giorni. *Menier* non verificò mai alcun inconveniente; la temperatura in tutte le applicazioni fatte da lui variò fra i 70° ed i 90°.

L'A. riporta le osservazioni di trentadue casi curati coll'aria calda e cioè:

Cinque casi di rinite spasmodica.

Tre casi di coriza subacuta, uno dei quali complicato da sinusite mascellare destra.

Un caso di rinite atrofica.

Uno di lupus mixomatoso dal lobulo dell'orecchio.

Undici casi di rinite ipertrofica colle sue varie conseguenze.

Undici casi di rinite vaso motrice a « bascule ».

Nella maggior parte di questi casi l'esito fu la guarigione, in tutti gli altri si ebbe un notevole miglioramento. Il numero delle sedute necessario per ottenere lo scopo fu in media di 4 a 5.

Secondo l'A. l'arsenale terapeutico si sarebbe arricchito di un nuovo metodo assai efficace, e che potrebbe in molti casi evitare la turbinectomia tanto in voga in Inghilterra. (Bordeaux, Imprimerie Y. Cadoret, 1901).

HAHN (Torino).

*
* *

Trattato di otologia, ecc. (*Lehrbuch de Ohrenheilkunde*); per il professor ADAMO POLITZER. Edizione IV. Stuttgart P. Enke 1901. Analizzato dal dott. EUGENIO MORPURGO.

Nel fascicolo 6° dell' annata XI (1893) di questo periodico passando in rassegna la III edizione del trattato del Politzer, il relatore diceva:

« Questa nuova edizione, che ci sta dinanzi, non può soltanto « dirsi riveduta ed accresciuta, ma è un'opera addirittura rifatta, « la quale, conservando i pregi delle passate edizioni, ci offre tali e « tanti miglioramenti, un quadro cosi completo e moderno della « otojatria, che si può senza tema di venire smentiti, asserire, che « il trattato come ora lo vediamo, non solo non ha chi lo superi, « ma che per molte ragioni, è superiore a tanti altri ».

Alla distanza di otto anni, nell'analizzare la *nuova* IV edizione lo scrivente si trova indotto all'estrinsecazioae dello stesso giudizio. Il trattato si ripresenta modernissimo in ogni sua parte, tutte le questioni vi sono volte con la scorta di larghissima esperienza pratica e profonde personali ricerche anatomo patologiche. La freschezza giovanile di chi, non più giovane, ha mantenuto inalterato l'amore, anzi l'entusiasmo per il lavoro e per gli ideali scientifici, si trasfonde nell'opera, che andiamo sfogliando, opera classica, degna in tutto e per tutto del nome ond' è fregiata. Non ci è dato poter qui riprodurre quanto di nuovo è accolto nella quarta edizione del trattato del Politzer, chè ogni capitolo, ogni pagina ci offrono aggiunte o modificazioni importanti. Va da sè che in omaggio all'indirizzo dominante, la otochirurgia e le sue moderne conquiste occupano il posto d'onore nel libro; e solo di questo ci sia concesso più minutamente intrattenerci.

Le *operazioni intratimpaniche*, sia in casi di processi catarrali adesivi sia nella otosclerosi, non trovano nel Politzer un caldo fautore, anzi nel periodo trascorso dopo la terza edizione del suo trattato (1893), ebbe a persuadersi che i resultati conseguibili per quelle devono essere ridotti a proporzioni sempre più modeste. I successi ottenuti con la *mobilizzazione della staffa*, se pur si manifestano, sono di breve durata, chè le aderenze connettivali stirate, presto si raccorciano di nuovo, mentre nella otosclerosi la rigidità progressiva non solo non viene frenata dagli atti operativi, ma bensì forse talvolta favorita.

La sinecotomia delle branche stapiedali, che nei casi di esiti di otite media piogenica, è spesso confortata dal successo, poco frutta nelle forme adesive di altra natura. *La estrazione del martello e dell'incudine in uno alla membrana del timpano* porta talvolta un notevole miglioramento dell'udito, più spesso però lo fa rilevantemente peggiore. Tanto nelle forme catarrali adesive e più ancora nella oto-

sclerosi i resultati si addimostrano fugaci, mentre negli esiti di otite media piogenica possono mantenersi. Quanto alla *stapedectomia* nei processi *non suppurativi*, l'A. si dichiara consenziente con coloro che ne negano il valore, mentre se ne augura miglior successo nelle alterazioni postume della otite media piogenica. In riguardo ai processi operativi nei casi di *anchilosi della staffa*, tendenti a fratturare l'ossicino lasciando che i frammenti ossei cadano nel vestibolo, l'A., malgrado recenti ricerche sperimentali negli animali, le quali dimostrerebbero l'innocuità di questo fatto, esprime l'opinione che per l'uomo non si possa senz'altro ritenerlo innocuo, dacchè l'esperienza ha provato oome la semplice e accidentale puntura del vestibolo nella sinecotomia abbia determinato la vertigine durata parecchie settimane, violente parcusie e la perdita totale dell'udito.

La *carie e necrosi degli ossicini* trovano in apposito capitolo larga trattazione. Quanto alla diagnosi di queste condizioni il P. la dice per la maggior parte dei casi diagnosi di probabilità, nega la importanza assoluta semeiotica della ubicazione della perforazione della m. timp. con riguardo alla sede esatta del processo morboso osseo, ammette che questo si riduca spesso a guarigione spontanea, ma ammette pure che gli ossicini cariosi sieno non di rado la causa del perpetuarsi del processo suppurativo o che essi costituiscano un ostacolo al libero scolo della marcia ed al vuotamento delle raccolte colesteatomatose.

Da questo fatto resulta la indicazione generale della estrazione del martello e dell'incudine, indicazione, che soffre però una certa limitazione per la circostanza, che di frequente non ci è dato stabilire se alla carie degli ossicinl non sia associata la lesione ossea del temporale e quindi resta dubbio se nel caso concreto la estrazione degli ossicini non rappresenti che il preludio della operazione radicale.

Fra le indicazioni più precise per la estrazione, il P. accoglie quella derivante da *ostinata suppurazione dell'attico esterno con perforazione della membrana di Shrapnell,* però eccepisce anche sotto qneste circostanze i casi, in cui la *disecia è poco marcata.* Per i casi, in cui la sola estrazione degli ossicini apparisce indicata, l'A. consiglia la via intra-auricolare e respinge l'operazione di Stacke, che vuole riservata a far parte degli atti operativi radicali.

Nei magistrali capitoli sulle *affezioni della mastoide*, il P. tien fermo ai concetti già svolti nella edizione precedente, e nella massima parte delle mastoiditi *acute* giunte all'operazione, non si studia di comprendere nella terebrazione *anche l'antro*, dacchè nei casi da lui operati quasi sempre l'ascesso non interessava anche questo, nè egli trova indicato, così stando le cose, di mettere in comunicazione la cavità morbosa con l'antro non partecipante al processo morboso (*)

* (Il relatore ha potuto nel lasso di tempo trascorso fra le due edizioni, ripetutamente persuadersi della opportunità di questa limitazione operativa).

Quando però lo strato osseo *verso* l'antro si palesa rammollito, pratica anche l'*antrotomia*, e vi ricorre pure quando dopo la terebrazione semplice i fenomeni morbosi non si ammansiscano.

La questione della *operazione radicale* è trattata in modo tanto esauriente ed efficace, sono tanti i minuziosi dettagli sull'atto operativo stesso, che ben si può dire che questo capitolo colmi a pieno una lacuna, che esisteva nella lettaratura otojatrica; le belle figure intercalate nel testo completano mirabilmente la descrizione, per quanto lucidissima, che ci dà l'autore.

Non consente lo spazio concessoci che ci addentriamo maggiormente nei pregi della nuova edizione; splendido troviamo il capitolo sulla « Otosclerosi », che, come dice l'A. per le sue ricerche anatomopatologiche, dovrebbe più propriamente denominarsi, *capsulitis labyrinthi;* bellissimi i capitoli sulle complicazioni endocraniche otitiche; splendide ed istruttive le nuove figure aggiunte.

Chiudiamo con l'augurio che sia dato a chi da oltre quarant'anni con indefesso lavoro e geniale indirizzo seppe tanto giovare alla nostra specialità di poterla ancora a lungo coltivare e di poter registrare in una nuova edizione i resultati delle proprie indagini e quelle dei tanti cultori della otologia, tra i quali non pochi onorano nel Politzer l'affettuoso e venerato maestro.

NOTIZIE VARIE

Congratulazioni. — Con Decreto Minist. del 24 giugno u. d. conseguirono per titoli la Libera Docenza i dottori: Oliviero Barrago-Ciarella e Giulio Martuscelli, il primo in Rinojatria ed Otologia, ed il secondo in Laringologia, presso la R. Università di Napoli: ci congratuliamo coi due valenti giovani che i nostri lettori ben conoscono avendo essi collaborato nel *Bollettino*.

Riunioni scientifiche. — Nell'aprile 1903 avrà luogo in Madrid il *Quattordicesimo Congresso Internazionale di Medicina* sotto il Patronato delle LL. MM. il Re e la Regina Reggente.

Nel marzo u. s. si è costituita nella capitale della Germania la *Società Otologica Berlinese*, della quale sono degni presidenti Lucae e Trautmann.

Vittorio Grazzi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1901 — Tipografia Luigi Niccolai, Via Faenza, 44.

Anno XIX. **Firenze, Ottobre 1901.** **N. 10.**

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Un caso di flemmone laringeo da vaiuolo

per il Dott. DOMENICO TANTURRI fu Vincenzo

Assistente all'Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli

diretto dal Prof. Massei.

Nel corso di alcune malattie infettive, il laringe può dare un risentimento che non riproduce la medesima entità patologica, cioè non riproduce in quell'organo l'esponente generale. Ciò vuol dire che una localizzazione laringea assume carattere personale di sintomi, di decorso, di esiti, e, quindi, un diverso carattere non sempre proporzionato alla forma della malattia causale. Per meglio spiegare tale concetto, non mi sembra inutile l'esempio. Nel 1899, al congresso della *Società italiana di Laringologia, Rinologia ed Otologia*, il Massei (1) presentò un lavoro « *sulle complicanze laringee della sarcomatosi cutanea* ». Non è qui il caso di riassumere questo studio originale, ma mi è necessario ricordare che il Massei parlò (v. pag. 148 dell'anno XIX degli Archivi italiani di Laringologia) di com-

(1) Archivi italiani di Laringologia, anno XIX. Atti del V Congresso della Società italiana di Laringologia, di Otologia e di Rinologia riunitosi a Roma nel 1899. Empoli, 1900.

partecipazione del laringe al morbo generale, cioè, di uno stretto rapporto fra sarcomatosi cutanea e sarcomatosi laringea, nella medesima guisa di quanto può accadere per altri organi. E, quindi, trovandosi nel laringe tumori sia clinicamente, sia istologicamente simili a quelli sulla cute, si può chiamarli vera complicanza: mentre, come il Massei dice nella conclusione 7ª, i pericoli delle complicanze laringee della sarcomatosi cutanea, possono essere di *carattere meccanico, non già inerenti all' indole, non benigna, di codesti tumori.*

Similmente può accadere per altri morbi: così le febbri eruttive, alcune manifestazioni cutanee possono dare manifestazioni laringee, che riproducono la medesima forma cutanea. Si chiamano codeste forme secondarie, in rapporto, forse, alla cronologia dell'apparizione, ma hanno caratteri clinici uguali alle precedenti. Così, si potrà avere una laringite morbillosa, divisibile in tre periodi, rispondenti a quelli dell'esantema generale; si potrà parlare di laringite tifosa ed anche di laringite vaiuolosa (1).

Per laringite vaiuolosa (tralascio le altre non riguardanti il presente studio, il quale rimane nei limiti di una nota preventiva) si intende, dai trattatisti, la presenza di pustole sulla mucosa laringea, mentre a me sembra che sotto tale denominazione debba essere compreso il *complesso* dei fatti laringei durante il corso del vaiuolo. Io credo, quindi, che si potrebbe sostituire la denominazione di *vaiuolo laringeo*, quando si osservano pustole sul laringe, inquantochè la pustola, anatomo-patologicamente, non è differente dalla cutanea, ed i fatti collaterali, in questo caso, non sono molto sensibili, se quelle non sono confluenti.

Osservatori coscienziosi, più che alla presenza di pustole nella cavità laringea, hanno dato peso ai consecutivi disturbi funzionali, talora gravi.

Per vero, se la pustola regredisce o subisce una limitata fase ulcerante, insomma se il vaiuolo non è a forma

---

(1) MASSEI. Patologia e terapia della laringe, delle fosse nasali e della faringe. Vol. II. Vallardi editore.

confluente, grave od emorragica, ma lieve (Moynac, Lesser) anche quella laringea potrà essere, almeno nella maggioranza dei casi, corrispondentemente lieve. Così per esempio, le pustole, dopo aver subito tutte le fasi, o durante il loro decorso, lasciando tracce dell'ulcerazione, possono lasciare indietro una infiltrazione dei tessuti circostanti e sottostanti, infiltrazione che si appalesa con la laringo-stenosi, la quale rappresenta il più grave disturbo della funzione laringea, il disturbo meccanico, pericoloso di vita. Le conseguenze od i postumi di una lesione laringea, d'indole vaiuolosa, tipica, sono uguali a quelle che altri morbi localizzati alla laringe (sifilide, lepra, ecc.) possono dare: mi par giusto dividerle in distruttive e cicatriziali: e vi possono essere comprese epiglottide, ligamenti ari-epiglottici, false e vere corde vocali. Breve, come nei condilomi piani delle corde vocali (1), il fatto funzionale è grave, mentre la lesione è mite, così nel vaiuolo laringeo si deve sorvegliare il decorso del male, badando più che alle lesioni anatomiche, ai disturbi funzionali.

Nel periodo di convalescenza del vaiuolo si possono avere in concomitanza degli ascessi multipli che avvengono alla superficie del corpo ed anche nella cavità laringea, esiti di condriti e pericondriti, che possono giungere alla distruzione delle cartilagini con le relative stenosi cicatriziali. Insomma, come qualunque forma infettiva grave, il vaiuolo può assumere caratteri gravissimi nel laringe, a combattere i quali sintomi è necessario ricorrere al trattamento chirurgico, come dirò di qui a poco.

Il caso, che è stato oggetto del presente studio, si distacca dalla enumerazione fatta, cioè di quelle forme che sono la riproduzione nel laringe delle lesioni cutanee. In genere, nei trattati comuni, non si trova descritto il flemmone laringeo in concomitanza del vaiuolo. Gli è perciò che mi sembra degna di gran rilievo la presente osservazione.

Il flemmone settico nel laringe dà sempre laringo-

---

(1) Tanturri. — Su di un caso di condilomi piani delle corde vocali (*Giorn. int. delle scienze mediche*, anno XXII).

stenosi, perchè oltre l'edema che lo accompagna, vi è, negli strati sottomucosi la presenza di pus e di stracci necrotici. Una esatta diagnosi laringoscopica non si può fare, imperocchè la epiglottide o è edematosa, oppure è sede di pustole vaiuolose, che naturalmente impediscono la vista dell'interna cavità; l'edema può estendersi anche al velopendolo ed alla parete posteriore del faringe, e, quindi, come nel caso mio, assieme alla laringo-stenosi, vi è disfagia. A combattere questa, l'alimentazione artificiale è un dovere, ma la imponente e rapida laringo-stenosi obbliga ad un intervento pronto e ben altrimenti grave. Io non mi assumo il compito di indicare un metodo operativo sicuro e certo, ma se la tracheotomia può salvare la vita dell'infermo, in pericolo, non dimentichiamo la intubazione. Per quella, vi può essere il pericolo di gravi emorragie per la infezione; per questa, di controindicazioni non esistono, e, più rapida e meno laboriosa per l'infermo, può dare subito esito al pus funzionando anche da drenaggio. Certo le statistiche di tracheotomia per alcuni morbi infettivi della laringe (tifo, morbillo, vaiuolo) sono sconfortanti (Sestier); e, perciò, riserbando tale intervento quando l'altro non è sufficiente, è più indicato, in principio, il cateterismo laringeo, che, fra gli altri pregi, avrà subito vinto la stenosi, senza nessuna perdita sanguigna. Nel flemmone laringeo, rapidi insorgono i sintomi soffocanti, sì che nel decorso di poche ore, raggiungono il massimo grado: i fatti collaterali hanno carattere di pura complicanza: la febbre è alta, le forze dell'infermo prostrate, e questi fattori si aggiungono spaventevolmente ai sintomi dell'affezione generale. Gli accessi convulsivi appartengono al vaiuolo ed alla piemia, e, l'infermo cade spossato con ipotermia. Non vi è dolore nella regione del collo, nè gonfiore: la formazione della bozza avviene a spese del lume laringo-tracheale. La deglutizione è impossibile e la introduzione nell'esofago, anche di una piccola sonda, è dolorosissima sia, probabilmente, per la presenza di pustole sulla mucosa dell'esofago, sia per i fatti laringo-tracheali. Poichè là ove è più lasso il tessuto sottomucoso, nelle pliche ari-epiglottiche e nella regione sottoglottica, è

più abbondante la infiltrazione purulenta. Davanti ad un quadro così straziante, la prognosi grave *quoad vitam et valitudinem* non lascia che minime speranze, ma a queste bisogna attaccarsi per il compimento del proprio dovere.

Ed ora la storia clinica:

Ospedale dei morbi infettivi D. Cotugno. Riparto 4°, n. 899, 28 giugno 1901 (1).

Curti Celiano, di anni 18, da Lanciano (Chieti).

Provviene dal suo paese natio. E' ammalato da un mese, e presenta sul corpo pustole di vajuolo in via di disseccamento. Non fu mai vaccinato.

Diagnosi. Vaiuolo confluente. Temperatura 38°.

29 giugno. Distacco delle croste dal collo e dal corpo (Temper. 36°8).

3 luglio. Osservato l' infermo nelle ore pomeridiane di ieri sera e nelle prime ore di stamane non ha presentato nulla di rilevante. Dopo la visita del medico di guardia al mattino, sopravvengono sintomi di laringostenosi, che rapidamente si accentuano.

Chiamato il prof. Massei, all'esame laringoscopico ha riscontrato: la epiglottide enormemente infiltrata ed ulcerata: edema delle pliche ari-epiglottiche. E' impossibile vedere la interna cavità laringea. Innanzi a questo reperto, la diagnosi non riesce facile, perchè (tenendo anche conto del decorso) non è possibile conciliare le lesioni laringee in atto col periodo di convalescenza, e, perciò è lecito, perfino, sospettare una complicanza estranea. Per tale stato di cose, il prof. Massei credette raccomandare polverizzazioni con resorcina e cocaina (1 g. di resorcina in 150 g. di acqua con 25 cg. di cloridrato di cocaina) e piccoli pezzetti di ghiaccio a succhiare, riserbando l' intervento chirurgico a quando il caso lo richiedesse.

3 luglio, sera. Per le condizioni dell' infermo, sempre più aggravate, sono chiamato, a tardissima ora, in ospedale.

---

(1) Rendo grazie al prof. Massei, Direttore del reparto autonomo per le malattie della gola, che mi dette agio di poter studiare il presente caso, ed ai colleghi dott. G. Belfiore ed A. Solimene, che mi furono di grande aiuto.

L'infermo, cresciuta la stenosi laringea, è in istato di quasi completa asfissia: cianosi del volto, sudori freddi. In queste condizioni opero d'intubazione, essendo preparato alla tracheotomia, giusta quanto aveva raccomandato il prof. Massei. L'atto operativo mi riesce, senza la guida del laringoscopio, felicemente, ed attraverso la cannula vien fuori una enorme quantità di pus denso misto a sangue (70 cc. circa). Dopo mezz'ora, mercè inalazioni di ossigeno ed iniezioni ipodermiche di caffeina, la respirazione a mezzo della cannula si ristabilisce completamente e l'infermo si addormenta.

4 luglio. Al mattino, dietro un colpo di tosse, il tubo viene cacciato: la stenosi laringea si ripresenta gravissima, ragione per cui il medico di guardia, dott. Solimene, ripete con esito egualmente brillante, la intubazione.

Nelle ore del giorno riveggo l'infermo e d'accordo con il dott. Belfiore, succeduto nel servizio di guardia al precedente collega, stabiliamo di sostituire alla cannula un'altra più grande, sostituzione che viene egregiamente eseguita dal Belfiore. La respirazione ritorna normale: condizioni generali buone.

L'infermo viene alimentato con la sonda esofagea.

5 Luglio. Benchè la cannula fosse a posto, i sintomi di stenosi non sono del tutto scomparsi: dopo un'altra fuoriuscita di pus la respirazione migliora. Più tardi il tubo deve essere cambiato novellamente da me, e lo si trova quasi occluso di pus denso e sangue; non si ottiene grande miglioramento; la respirazione è sempre molto difficile.

Si rileva estesa infiltrazione pulmonare.

Il peggioramento segue a grandi passi. Polsi 120-130 al minuto, temperatura 36°,5, abbattimento generale, coma.

5 Luglio. Morte.

La suesposta storia dimostra all'evidenza: 1° che non al vaiuolo in atto va imputata la morte dell'infermo; 2° che una gravissima complicanza laringea, il flemmone, si svolge tardivamente, minacciando la vita per laringostenosi; 3° che, scongiurato il pericolo della soffocazione, la piemia non perdonò.

La penetrazione dei germi della suppurazione nei tes-

suti sottomucosi trova una soddisfacente spiegazione nelle piccole lesioni di continuo prodotte dalle pustole sulla epiglottide, o, forse, anche in qualche altra regione della laringe, impossibile a diagnosticarsi per l'edema della epiglottide e delle pliche ari-epiglottiche. Svuotato il pus, l'ulteriore decorso giustificò la scena della piemia, quando già processi metastatici (infiltrazione dei polmoni) rispecchiavano la gravezza del male.

In ultimo, non è a dire che la formazione del pus fosse dovuta a condrite e pericondrite delle cartilagini della laringe, imperocchè mancano molti dati obiettivi e clinici. Tutte queste ragioni sono sufficienti a spiegare la natura del processo laringeo, in concomitanza dell'affezione cutanea, senza che si possa dire quello una *laringite vaiuolosa*, sibbene una delle più gravi complicanze di questa. Seguendo, poi, i criterii che la scuola napoletana con a capo il Massei, ha del valore terapeutico dell' intervento chirurgico, esaminerò brevemente le ragioni che mi indussero a praticare la intubazione a preferenza della tracheotomia.

La operazione cruenta mi parve, fin dal primo istante, controindicata, perchè il tempo per l'operazione e le forze dell' infermo non la consentivano. Pur essendo pronto a praticare la tracheotomia, la intubazione valse a ripristinare la funzione respiratoria non solo, ma il tubo funzionò pure da drenaggio, e ciò mi riconfermò ancora che il metodo operativo da me seguito segnava un altro suo trionfo nella pratica.

Napoli, Agosto 1901.

L'ascesso retrofaringeo acuto nei bambini

per il Dott. E. LIGORIO.

È questa una affezione assai comune nella prima età.

Il nome stesso dice che si tratta di una raccolta purulenta al didietro della faringe; ma diversi sono i modi

con cui essa può formarsi, come diversa può esserne la natura. Anzitutto occorre distinguere i casi in cui il pus si è formato in sito da quelli in cui è pervenuto dietro la faringe da regioni vicine: da questo è derivata la classificazione fatta in addietro, di ascessi retrofaringei idiopatici e sintomatici.

Come ci insegna la patologia, una raccolta retrofaringea può essere secondaria ad una lesione della colonna cervicale o ad ascessi profondi del collo da fusione di gangli linfatici tubercolosi: allora il fatto si deve alla migrazione del pus, per rottura della cavità primitiva, o per infiltrazione nella regione da invadere di quel tessuto di granulazione cui Lannelongue (1) dette il nome di tuber culoma, e che secondo lui ha tanta importanza nel meccanismo di progressione degli ascessi migranti.

Anche raccolte provenienti da infezioni acute delle regioni vicine possono farsi strada allo spazio retrofaringeo e fra queste merita di esser citata l'origine, recentemente confermata dal Kien (2) a proposito di quattro casi secondari ad otite media purulenta.

Ma di queste forme non è il caso di occuparci qui giacchè esse non sono speciali all'età infantile.

In questo periodo di vita sono invece frequenti le raccolte formatesi in sito, ossia quelle che prima venivano designate col nome di ascesso retrofaringeo idiopatico. Un rapido sguardo all'anatomia di questa regione e le nozioni che ora abbiamo sull'eziologia di tale affezione ci dimostreranno facilmente come questa denominazione sia stata giustamente sostituita da quella più esatta di adenoflemmone retrofaringeo o retroviscerale.

La faringe costituisce un semicanale che attaccato alla base del cranio scende in basso onde continuarsi coll'esofago dopo avere ampiamente comunicato colle vie nasali, colla cavità orale e colla laringe. In questo suo decorso essa sta appoggiata alla faccia anteriore delle prime cin-

---

(1) *Lannelongue.* Bullettin médical, 21-25 gennaio 1899.
(2) *Kien.* Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXIX, 1.

que vertebre e la sua parete posteriore rimane da esse separata dall'aponevrosi e dai muscoli prevertebrali.

Ma anche con questa il rapporto è molto lasso ed a fissarla pur consentendole la necessaria mobilità e scorrevolezza concorre un tessuto connettivo rado e molle detto appunto cellulare retrofaringeo.

La mollezza di questo tessuto, la facilità con cui la faringe si lascia scollare dalla aponevrosi prevertebrale, la vicinanza di organi che sono sede tanto comune di processi suppurativi acuti e cronici, spiegano come una raccolta possa farsi strada a questo spazio e come sieno perciò frequenti gli ascessi retrofaringei sintomatici. Questa disposizione anatomica e questa genesi ha valore tanto per l'adulto che per il bambino, ma per questi vi ha qualcosa di più: il Gillette (1) accertò che il connettivo che unisce la parete faringea posteriore all'aponevrosi prevertebrale contiene dei gangli linfatici posti ai lati della linea mediana specialmente nella parte superiore dello spazio retrofaringeo.

Sappey (2) cui devesi molto nello studio dei linfatici della parete faringea riconosce due gruppi di questi vasi i quali si radunano in tronchi maggiori che giunti agli angoli della parete faringea post. colle laterali si dirigono e fanno capo ad un grosso ganglio posto al davanti dell'assoide.

Pure il Tillaux (3) riconosce l'esistenza di questi gangli retrofaringei cui convergono parte dei linfatici della parete faringea mentre altri vanno ai gangli superiori del fascio carotideo.

Recentemente il Most (4) è tornato sull'argomento e studiando la topografia dei gangli linfatici retrofaringei ha potuto constatare che si trova da ogni lato della linea

---

(1) *Gillette.* Des abscès retropharingiens idiopatiques. Thèse de Paris, 1867.

(2) *Sappey.* Trattato d'anatomia descrittiva. vol. II, pag. 872, Ediz. italiana II.

(3) *Tillaux.* Anatomia topografica. Trad. ital., vol. I, p. 394.

(4) *Most.* XXIX Congresso Soc. tedesca di chirurgia, 1900. Rif. *Semaine médicale*, an. 1900, p. 148.

mediana in tutti i soggetti un ganglio fra la parete faringea posteriore e la colonna vertebrale, circa a livello dell'amigdala. In rari casi il numero di gangli posti in tal luogo è di due o tre. Egli ha trovato inoltre dei gangli più piccoli, ma più vicini alla linea mediana; questi si atrofizzano a partire da una certa età e non si riscontrano più negli adulti mentre il ganglio principale esiste nei cadaveri di ogni età e può esser colpito dalla tubercolosi e dalla degenerazione cancerigna.

A questi gangli fanno capo i linfatici provenienti dalla mucosa del palato molle, della cavità nasale, delle gengive, dalle amigdale e dalla parete faringea stessa.

Via via dunque che l'età cresce questi gangli vanno atrofizzandosi sinchè ne resta un solo paio ed ecco perchè il vero adenoflemmone retroviscerale è tanto comune nei bambini mentre può dirsi raro nell'adulto.

Nondimeno anche in questi e fin'anco in vecchi ne sono stati osservati, specialmente in seguito a scalfitture o contusioni della parete faringea posteriore siano esse accidentali o avvenute durante le manovre del sondaggio esofageo.

Pensiamo alla facilità con cui nel lattante e nel bambino la mucosa delle parti affluenti a questi gangli è sede di processi infiammatori e vedremo come frequente debba essere il loro risentimento. A questo punto ritorna spontanea la domanda se ancora vada mantenuto il nome di idiopatiche a queste forme di ascessi. Sempre dovremo riconoscere una porta d'entrata all'infezione sia essa costituita da un processo infiammatorio o da una soluzione di continuo della mucosa, l'adenite è fatto secondario; è bensì vero che le alterate condizioni generali di nutrizione, hanno un grande valore nel determinare una maggior facilità all'insorgere del male, ma non credo che esse potrebbero bastare di per sè a cagionarlo.

Ma su ciò torneremo in seguito. Prima di descrivere sommariamente i vari sintomi con cui questa affezione si presenta e le varie maniere di curarla, mi sia permesso di riassumere i casi che di essa potetti osservare e curare sia durante il quadriennio 1897-1900, col mio maestro pro-

fessor Baiardi nella clinica pediatrica chirurgica, sia nella pratica privata.

I. *Falc.... Ugo*, di anni 3. Bambino di sviluppo e condizioni generali discrete, ha goduto buona salute fino a circa 20 giorni prima dell'ammissione in clinica. Cominciò con disturbi intestinali accompagnati da febbre e da una intensa stomatite; curato convenientemente, migliorò della enterite, ma la stomatite perdurò più a lungo, malgrado l'uso di colluttori e la pulizia della bocca con soluzioni antisettiche. Da 5 giorni si è notata una certa difficoltà nell'inghiottire, agitazione la notte, leggiero abbassamento della voce. Esaminata la gola, non vi fu trovato niente, intanto i fenomeni si accentuarono a segno che la voce si fece profondamente alterata e la respirazione difficilissima, specialmente se il bambino stava disteso. I tentativi di ingestione ed anche i movimenti bruschi portano gravi accessi di soffocazione: per questo stato di cose venne ricoverato in clinica.

Si riscontra un grave ostacolo al passaggio dell'aria prodotto da una tumefazione tesa, elastica, situata nella faccia posteriore della faringe buccale occupantene la metà sinistra. Anche dal lato del collo si vede un leggero rilievo situato a livello del margine superiore della laringe davanti allo sterno mastoideo. Le mucose sono livide, il bambino abbattuto per grave anossiemia, temperatura 38.2.

Incisione sul margine posteriore dello sterno-cleido-mastoideo allo stesso livello della tumefazione visibile sul suo margine anteriore: approfondando con strumenti smussi e spostando in avanti i grossi vasi si arriva ad una cavità ascessuale da cui esce quanto un cucchiaio di pus verdiccio, filante, denso, inodoro. Introdotto il dito nella ferita, si arriva facilmente a toccare la colonna cervicale nella sua faccia anteriore. Irrigazione con acqua sterilizzata e con soluzione borica, drenaggio di garza e medicatura asettica. Esplorando la faringe, non si avverte più la tumefazione di prima e solo la mucosa dà quella sensazione molle, cotonosa, propria dell'edema: le condizioni del respiro migliorano subito e vanno progredendo gradatamente. Il decorso della ferita fu normale, guarì in pochi giorni: solo si ebbe una bronchite diffusa che però non dette mai a temere per il malato.

II. *Forti.... Angiolina*, di anni 3 1/2. Viene condotta in clinica con gravi fenomeni di stenosi delle vie aeree: tiraggio intenso, cianosi del volto e delle mucose, stato generale gravissimo. La bambina è di sviluppo e nutrizione buone e la madre riferisce che godette sempre buona salute. Dodici giorni or sono si formò un ascessetto al lato destro del collo, fu inciso e guarì rapidamente. Da 5 giorni la bambina è stata presa da malessere, ha dolore ad inghiottire e soffre di intensa cefalea: fu allora guardata in gola e si trovò un arrossamento diffuso delle amigdale e dei pilastri anteriori. Continuò

questo stato di malessere per tre giorni, dipoi insorsero degli accessi di soffocazione per cui la bambina si svegliava di soprassalto e non si calmava se non dopo essere stata un po' seduta; gradatamente le condizioni del respiro sono andate peggiorando fino al grave stato in cui sono attualmente; la voce è alterata nel timbro che è divenuto nasale e rammenta il suono di una piva.

L'esame obiettivo ci rivela la mucosa faringea arrossata posteriormente, la metà destra e parte della sinistra sono spinte in avanti e di color vinoso; date le condizioni del respiro, non si va a falsare col dito questa tumefazione. Dal lato del collo si nota una piccola cicatrice rossa recente situata al davanti dello sterno-cleido-mastoideo destro a circa 3 cm. sotto l'angolo della mandibola; nella regione sopraioidea laterale destra fa sporgenza un leggero rilievo fluttuante.

Incisione sul margine anteriore dello st-cleido-mastoideo 1 ctm. al disotto della cicatrice ora accennata, divisione dei tessuti fino alla parete ascessuale a mezzo di strumenti smussi. A questo punto mentre l'operatore si voltava a prendere una tenta con cui penetrare nel cavo dell'ascesso, la parete faringea si ruppe improvvisamente lasciando irrompere un fiotto di pus nella laringe.

Furon vani tutti i tentativi fatti per rianimare la bambina, essa era morta istantaneamente soffocata dal pus.

Non fu consentita la necroscopia onde accertare la grandezza e la sede dell'ascesso, e l'esistenza o meno di qualche lesione precedente da cui, malgrado il silenzio dell'anamnesi, l'ascesso potesse dipendere. Inoltre la faringite già osservata al principio della malattia, il decorso di essa e lo stato di nutrizione generale della malata fanno pensare si trattasse di un comune adeno-flemmone retrofaringeo.

III. *Mart.... Ettore* di mesi 7 vien portato d'urgenza dalla campagna perchè da un giorno non respira bene, si è sospettato un croup; interrogata la balia dice che da 3 o 4 giorni il bambino poppava male, dormiva agitato e tenendo la bocca aperta. Siamo nel periodo d'eruzione dei denti e le gengive sono arrossate e tumide. Non avendo letti disponibili in clinica e d'altra parte essendo le condizioni del bambino tali da non permettere indugio ad un intervento operativo, riconosciuta l'esistenza di un ascesso discretamente voluminoso nella parte alta della parete faringea posteriore, si incide ampiamente la tumefazione dalla via endoorale ottenendo l'uscita di pus giallo verdastro in quantità di circa un cucchiaino da caffè. Provveduto così all'urgenza e fatto un impacco caldo sul collo si rinviò il bambino ai turni ospitalieri. L'esito fu buono.

IV. *Massa.... Lina* di mesi 18. Circa 17 giorni fa venne colta da un esantema accompagnato da febbre, ma che non fu diagnosticato e durò 5 o 6 giorni; residuò tosse e stato di debolezza generale. Sei giorni fa venne colta da fiocaggine e le inspirazioni erano difficili e rumorose; condotta a Firenze con sospetto di difterite nulla fu trovato.

Rendendosi la respirazione sempre più difficile viene riportata e presentata per l'ammissione in clinica.

Si trova leggiera cianosi del volto, agitazione, polso frequente, temp. 38.3 inspirazioni stentate accompagnate da rumore di cornage e da infossamento delle parti cedevoli del torace: la voce è di timbro nasale.

Amigdale e pilastri sani, senza tracce di essudati; nella porzione inferiore della parete faringea posteriore si trova una tumefazione, leggermente spostata a sinistra, tesa elastica a contorni non ben netti.

Nulla ottenendosi dalle vaporizzazioni faringee e dagli impacchi caldi, si riesce a mezzo di un bistouri stretto e lungo ad arrivare sulla tumefazione, della via della bocca, incidendola ampiamente; si ha fuoriuscita di abbondante sangue venoso, ma pus non se ne vede. Le condizioni del respiro migliorano alquanto, ma alla notte non fu possibile il sonno senza gravi accessi di soffocazione. La mattina incisione dal lato sinistro del collo sul margine post., dello sterno-cleido-mastoideo, giunti al di dietro della faringe non si trova raccolta alcuna, drenaggio capillare e medicatura asettica.

Seguono altri due giorni di alternative nello stato della bambina, la temperatura non cede mai del tutto poi si ha un rapido aggravamento delle condizioni generali e locali con rialzo di temperatura a 38,5. L'esame della faringe rivela in alto della faringe sulla linea mediana della parete post., una tumefazione tesa, fluttuante, ricoperta di mucosa di color vinoso. Incisione dalla via endo-orale, uscita di abbondante pus giallo-verdastro, inodoro: da allora il respiro si fa libero; la ferita del collo decorre regolarmente mentre quella in faringe continua a purgare per 4 o 5 giorni e poi richiude senza incidenti. L'esame del pus mostrò abbondanti stafilococchi.

V. *Quarat... Lidia,* di mesi 5. È in condizioni generali non molto floride, la balia racconta che 15 giorni fa sofferse di una stomatite che le rendeva assai penoso il succhiamento: dopo ciò si manifestarono delle adeniti cervicali e si formò un accesso che venne inciso tre giorni fa. La bambina aveva ripreso a poppare regolarmente, ma da ieri è peggiorata, rifiuta di attaccarsi al petto e respira male specialmente se tenuta stesa e se dorme.

All'atto dell'ammissione troviamo cianosi del volto, tiraggio pronunciato, temp. 38°; l'ispezione della faringe ce la dimostra libera da essudati, la parete posteriore ne è proiettata in avanti e il dito esploratore vi trova una tumefazione molle, elastica che dà evidente urto di ritorno. Questo esame per quanto rapido provoca un violento accesso di soffocazione e perciò si procede subito ad una ampia incisione dell'ascesso che era collocato sulla linea mediana della porzione buccale. Uscita di abbondante pus giallo-verdastro di cattivo odore e misto a sangue: pulizia della faringe con tamponi all'acido borico.

La ferita del collo, fatta per l'altro ascesso dà scarsa secrezione

e vien medicata con garza iodoformica. Il decorso post-operatorio fu regolare, dopo 4 giorni la bambina fu licenziata per frequentare l'ambulatorio.

VI. *Manz... Azzelio.* Il bambino che ha ora 11 mesi ha goduto sempre buona salute, da 5 giorni è agitato, poppa male e facilmente ributta i liquidi pel naso. Fu trovato un leggero arrossamento delle tonsille e dei pilastri, ma nessun essudato. Da due giorni è peggiorato, si è accesa febbre, respira male, non può inghiottire e la voce è alterata profondamente. Si trova un ascesso di media grossezza posto nella metà destra della parte alta della parete faringea posteriore, la mucosa è in quel tratto cianotica ed attorno arrossata.

Incisione dalla via orale, esce scarso pus giallastro inodoro: le culture fatte con esso dànno rigogliose colonie di stafilococco piogeno aureo. La temperatura si abbassa e le condizioni del respiro si fanno buone; dopo due giorni torna ad aggravarsi, infatti riscontro che l'ascesso si é riformato essendosi chiusa l'incisione. Riaperto ampiamente, si svuota e da allora non accade altro; anche alcune piccole tumefazioni ghiandolari poste lungo il fascio carotideo sono quasi sparite cogli impacchi caldi.

VII. *M. N.* di Cerreto Guidi. Bambino di 2 anni: al corso di una gengivite insorta nell'eruzione dei piccoli molari ha presentato adenite sottomascellare e cervicale. non si sono avuti processi suppurativi in queste ghiandole, ma da tre giorni il bambino accusa molestia nell'inghiottire, la notte non riposa, respira poco bene ed ha febbre leggera. Si trovano condizioni generali buone, l' ostacolo al passaggio dell'aria è prodotto da un ascesso retrofaringeo inferiore non molto grosso; le condizioni del respiro sono peggiorate dalla sera innanzi in cui era stato dal prof. Baiardi visitato fuori di clinica. Deciso l'intervento questo consistette nell' apertura dalla via del collo con incisione al margine post. dello sterno-cleido-mastoideo sinistro; per giungere fino alla raccolta si estirparono due gangli linfatici tumefatti grossi come una nocciola o poco più. L' ascesso collocato fra la parete faringea e la colonna vertebrale conteneva circa un cucchiaino di pus; irrigazione abbondante, drenaggio capillare, medicatura asettica. Sorvegliammo il bambino per la giornata ed andò bene, poi venne riportato in famiglia assumendosi il medico curante le ulteriori medicature. Guarigione.

VIII. *Costard... Ugo* di anni 1. Sviluppo generale e nutrizione discrete: ha avuta intensa corizza e stomatite, da allora manifestò leggeri disturbi nella deglutizione. Tre giorni fa ha cominciato la febbre, respiro russante la notte e più tardi veri accessi di soffocazione che diminuivano tirando leggermente in fuori la lingua. In clinica si riscontra un voluminoso ascesso sito nella parte sinistra della parete faringea posteriore a media altezza; è assai teso e l'incisione per la via orale dà esito a molto pus verdastro di cattivo odore. Solito trattamento, decorso normale; esce dopo tre giorni per

frequentare l'ambulatorio. L'esame microscopico del pus mostrò molti gruppi di stafilococchi.

IX. *Piccin... Giuseppe* di mesi 6, portato nella sezione medica con diagnosi di bronchite diffusa, alla visita serale fu trovato che la malattia principale consisteva in un ascesso retro-faringeo di medio volume occupante la parte mediana e destra della parete faringea post. Sulla mucosa della retrobocca e della faringe nessun essudato e solo un arrossamento leggero: inspirazioni rumorose, pianto di timbro nasale. Il bambino allevato con allattamento artificiale era in condizioni scadentissime. Nella regione sopraioidea laterale destra, mettendo il collo in estensione si avvertiva una leggera sporgenza; spostando la laringe aumentava la difficoltà di respiro.

Incisione sul margine post. dello st-cleido-mastoideo approfondando colla dissezione e dilacerazione fino allo spazio retro-faringeo in cui si trova una raccolta di un cucchiaio circa di pus, la cavità fu irrigata con timolo all'1 °[oo e drenata.

Leggera miglioria immediata, ma nella notte tornò un aggravamento tale che richiese la tracheotomia; alle 6 $^1/_2$ del mattino il malato spirò. Anche nella tracheotomia non venne rilevato fatto alcuno che rivelasse una infezione difterica. La necroscopia mostrò una difterite della trachea e dei grossi bronchi.

Dalle culture col pus dell'ascesso si ottennero scarse colonie di streptococchi piogeni.

X. *Bat.... Dina* di mesi 10. Bambina sana e bene sviluppata. Da due settimane è affetta da forte bronchite iniziatasi con una corizza che si è mantenuta insistente durante tutta la malattia. Migliorata della bronchite, da ieri i genitori hanno notato che la bambina respira male, rifiuta il cibo, se beve facilmente il liquido refluisce dal naso o penetra in laringe causando accessi di tosse violenta. Sospettandosi del croup fu portata in clinica, ma nulla fu rilevato di tal natura; invece esisteva un ascesso nella faringe orale sulla linea mediana della parete posteriore: dal lato del collo non si avvertiva alcuna tumefazione di gangli linfatici. Ampia incisione dalla via endoorale che dà esito a pus giallo-verdastro misto a sangue e di cattivo odore. In capo a 6 o 7 giorni la bambina era ristabilita quasi completamente.

XI. *Dolf... Bruno*, di mesi 17. Viene portato in clinica con segni di forte stenosi delle prime vie aeree, abbattimento generale, polso piccolo, cianosi del volto, tiraggio con inspirazioni accompagnate da rumore profondo russante, voce spenta, temper. 37.8.

A detta dei genitori il bambino era stato bene sino al giorno prima, da allora cominciò a respirar male ed a presentare i vari fenomeni che sino all'atto dell'ammissione andarono gradatamente aumentando. Interrogati con insistenza riferiscono di aver notato solo una certa irrequietezza del bambino, cosa che al solito attribuirono alla uscita di qualche dente visto che la dentizione è un po'indietro e che si metteva spesso le dita in bocca,

Assenza di ogni manifestazione difterica, la mucosa dei pilastri e del palato molle è arrossata leggermente, quella della faringe è tumida e in basso al limite fra la faringe buccale e laringea si nota una tumefazione, di cui è visibile solo la metà superiore, che proietta in avanti la parete posteriore della faringe stessa. Alla palpazione la si sente tese elastica e solo in un breve tratto centrale più cedevole e fluttuante. Vi è qualche piccola tumefazione ghiandolare nella regione sottomascellare e sul fascio carotideo.

Incisione della bocca abbassando fortemente la base della lingua data la sede bassa della raccolta: esce piccola quantità di pus denso verdastro. Esplorando si sente la tumefazione infossata nel centro e formante come un cercine duro elastico. Impacchi caldi attorno al collo, inalazioni di vapor d'acqua: la tumefazione diminuisce gradatamente facendosi più molle, dal taglio sgorga pus ancora 3 o 4 giorni ed in breve il bambino guarisce.

XII. *Magr... Annita*, mesi 10. Da vari giorni ha tosse con leggeri rialzi di temperatura; da l'altro ieri hanno notato che nel poppare lascia il capezzolo ogni momento e pare che respiri male, la febbre è aumentata e vi è uno stato d'agitazione generale che mancava prima. Ieri è peggiorata, respira con estrema difficoltà e presenta una forte cianosi del volto. Portata in clinica si conferma l'esistenza di un grave ostacolo al passaggio dell'aria, le inspirazioni sono accompagnate da rumore russante e da infossamento delle parti molli toraciche, polso paradosso, stato generale grave.

Voluminoso ascesso retrofaringeo fra la porzione orale e nasale; esso fa sporgenza nella metà sinistra e in parte della destra della parete posteriore. Coll'incisione dell'interno si da esito ad una discreta quantità di pus assai fluido giallo-verdastro. Non se ne fecero innesti in terreni culturali, ma l'esame microscopico ci rivelò degli stafilococchi.

Decorso post-operatorio regolarissimo, guarigione dopo 6 o 7 giorni.

XIII. *Gey.... Bruno*, di mesi 18. Il bambino è di costituzione linfatica, del resto non ha mai avuto malattie di sorta eccetto una leggera enterite al 4° mese; niente di ereditario.

Comparvero delle tumafazioni ghiandolari ai lati del collo; tumefazioni indolenti, isolate mobili e che pare facessero seguito ad una stomatite di cui alla prima visita restavano solo tracce. Queste adeniti non progredirono molto, una situata sotto l'angolo sinistro della mandibola si fece un po' più accentuata e dolente. In questo periodo si ebbe l'uscita di due piccoli molari.

Mentre le condizioni del collo andavano facendosi migliori e le ghiandole tumefatte cominciavano a diminuire, il bambino si lamentò di dolore ad inghiottire e presto insorsero anche disturbi del respiro. Il bambino la notte dormiva poco, ed in quel tempo teneva la bocca aperta, le inspirazioni erano accompagnate da un russare mai osservato prima. In capo a 2 giorni le condizioni erano aggravate,

nondimeno vi era sempre un notevole sollievo tenendo la lingua del bambino tirata in fuori.

Nella faringe esisteva una tumefazione rotondeggiante, dura, posta nella parete posteriore a sinistra della linea mediana, rimanendo da questa intersecato il bordo destro. La mucosa sopra questa sporgenza era arrossata leggermente, i bordi discretamente netti potevano seguirsi torno torno col dito: la sede era a livello medio della faringe.

Consultato il prof. Bajardi, egli convenne nella diagnosi di adenite retroviscerale, ma non divise il proposito di un intervento sia perchè le condizioni della respirazione non erano tali da imporlo, sia perchè non vi era segno di raccolta liquida ed anche perchè il decorso delle altre adeniti non mostrava grande tendenza alla formazione di pus.

Furono fatti impacchi caldi al sublimato, accurata pulizia della bocca con soluzione di borato di soda e fu consigliato di tener su il bambino tirandoli fuori la lingua ogni volta che venisse preso da accessi di dispnea. Le cose si mantennero stazionarie per due giorni; la tumefazione crebbe ancora un po', ma non accennò mai a farsi più molle.

Sotto l'azione degli impacchi le altre adeniti migliorarono rapidamente e presto cominciarono a diminuire anche i fenomeni faringei: la tumefazione andò diminuendo e con essa il respiro si faceva più facile. In capo a 7 giorni vi era un quasi completo ristabilimento, solo era residuata un po' di tumidezza della parete faringea nel punto primitivamente affetto.

Qui dunque l'adenite retroviscerale aveva seguita la sorte di quelle cervicali superficiali e l'esito era stato in risoluzione.

XIV. *Bars... An...* di anni 2. Il bambino si trovava in convalescenza di una infezione scarlattinosa quando cominciò ad accusare dei disturbi di deglutizione e di respirazione; la febbre che era cessata si riaccese e contemporaneamente aumentarono e si fecero dolorose le adeniti sottomascellari che si erano accompagnate alla scarlattina e che non avevano mai dato grande molestia. Avendo il medico curante supposta la presenza di una raccolta faringea desiderò che vedessimo insieme il paziente. Trovai infatti una notevole raccolta che tendeva la parete faringea posteriore, specialmente nella metà destra ed era causa diretta dei gravi fenomeni presentati dal bambino.

Fu deciso un immediato intervento, che consistette nell'apertura dell'ascesso per via endoorale, ottenendone l'uscita di quanto un cucchiaio di pus verdastro inodoro.

L'esito fu favorevole, il bambino ricominciò a respirar bene e ad inghiottire; era guarito in capo a 10 giorni circa.

Ho riportato queste storie cliniche, le quali per quanto possano essere riuscite noiose nella loro uniformità, ci

dànno modo di notare subito come la malattia si presenti sempre con sintomi che sono ben spiccati nel periodo avanzato, ma assai oscuri al principio.

Altro fatto che merita di essere fissato è la costante esistenza di lesioni della mucosa naso-faringea ed orale, dovuta a cause infettive generali, o a fatti locali determinati dalle condizioni speciali delle prime vie respiratorie o digerenti. Viene così riconosciuta la porta d'ingresso di dove l'infezione si è potuta fare strada ai gangli cervicali profondi e più specialmente ai retroviscerali.

Perciò, ritornando a quanto già si è detto in principio, l'idea della primitività di tali ascessi cade; essi sono secondari, come è secondaria l'adenite da cui traggono origine. Anzi in vari casi trovammo invase non solo queste ghiandole linfatiche, ma anche altre del collo cui fanno capo linfatici provenienti da tratti di mucosa finitimi con quelli che vanno ai gangli retrofaringei. Il fatto che ben spesso i gangli più superficiali non sono passati al periodo di suppurazione mentre i retroviscerali sì, possiamo spiegarlo pensando alla maggior vicinanza della mucosa infetta a questi ultimi ed alla quantità di microrganismi che pullulano in casi tali nella cavità faringea e buccale.

A questo punto si potrà fare una domanda (e già è stata fatta, in un interessante lavoro dello Strazza (1), su questo argomento): Come mai, data la grande frequenza di processi infiammatori della retrobocca della faringe e della mucosa nasale, l'ascesso retrofaringeo non si osserva più spesso?

A questa domanda io sarei tentato di rispondere con un'altra; è poi l'adenite retroviscerale una malattia tanto rara? Noi abbiamo visto come essa non dia segni palesi altro che nel periodo terminale quando minaccia seriamente la vita del malato; abbiamo visto che quasi sempre i sintomi iniziali passano inosservati o male interpetrati, e spesso non dalla famiglia del malato solamente; sappiamo che non è fatale necessità che un ganglio linfatico in-

---

(1) *Strazza G.* Sugli ascessi retrofaringei nei bambini lattanti. Arch. Italiano d'otologia, vol. XI, 1901, fasc. 2°.

fiammato passi in suppurazione; dunque potremo anche ammettere ragionevolmente che molti casi abbiano un esito favorevole spontaneo e che i disturbi poco definiti da essi prodotti passino inosservati o vengano attribuiti ad altre malattie comuni in questa età.

Dobbiamo inoltre tener presente che se il bambino ha un sistema linfatico che reagisce assai più facilmente che nell'adulto, gli epiteli delle regioni ora in causa hanno anche un potere protettore grandissimo e, a meno di processi che li attacchino profondamente, costituiscono una valida barriera alla penetrazione dei germi fino alle vie linfatiche.

Questa regressione del processo morboso sviluppatosi in tali gangli l'abbiamo già vista evidente nel caso XIII; l'ho riscontrata in questi giorni in una bambina di Prato che è guarita senza alcun intervento operatorio, ed era stata chiaramente affermata dal Bokaï (1 e 2).

Molte sono le cause che concorrono a rendere questa malattia di difficile riconoscimento nel periodo in cui più utile riuscirebbe la terapia. Anzitutto la poca cura che molti pongono all'osservare i loro bambini e nell'interpellare il medico appena si noti qualcosa di anormale nelle condizioni generali; poi l'indefinitezza dei fenomeni da esso presentati in principio, fenomeni che possono facilmente venire addebitati ad altre malattie od a disturbi più comuni o più noti in questa età; infine le difficoltà che presenta l'esame completo e metodico di un bambino, specialmente per chi non faccia della pediatria il suo esclusivo campo d'azione.

RASSEGNE

1. **De la paralysie faciale au cours du catarrhe aigu de l'oreille moyenne.** (La paralisi faciale nel corso dell'otite media acuta) per il Dr. L. BAR (Nizza).

---

(1) *Bokaï*. Ueber retropharingeal abscess bei Kindern. Iahrb für Kinderlheilkunde 1876, t. X.

(2) *Bokaï und Alexj*. Neuere Mitteilung über Retroph. absces etc. Ibidem 1881, t. XVII.

L'Autore ne osservò tre casi. Nel primo, la paracentesi del timpano diede esito al pus contenuto nella cassa, e fece scomparire la paralisi nelle 24 ore.

Nel secondo, medesima operazione e medesimo risultato. Nel terzo, in cui la paralisi del facciale era insorta 4 giorni dopo la rottura del timpano, e v'erano fenomeni di empiema mastoideo B. fece la mastoidectomia, che guarì il processo otitico e la paralisi.

La partecipazione della branca superiore del facciale alla paralisi indicava la origine periferica di quest'ultima.

Però la deviazione della lingua, che si osservava contemporaneamente nel terzo ammalato poteva lasciare qualche dubbio sulla perifericità della paralisi. L'A. la crede dovuta a qualche anastomosi esistente tra il facciale ed il linguale. (*Soc. Franc. d'Otol. de laryngol. et de Rinologie* — Riunione 1900). BOBONE (Sanremo).

2. **Zur Behandlung der trockenen Mittelohraffektionen insbesondere mit der federnden Drucksonde.** (Sulla cura delle otiti medie secche specialmente per mezzo della sonda a pressione spirale); per il professor L. JACOBSON (Berlino), con 3 figure. — L'Autore ricorda come fu il Lucae che nel 1884 pubblicò i risultati ottenuti curando colla sonda a pressione da lui ideata 46 malati di alterazioni croniche dell'apparecchio trasmissore, ed ottenendone dei miglioramenti che non si erano ottenuti colla doccia d' aria. Descrive lo strumento, colle varie modificazioni apportategli dal Lucae e da lui medesimo, e la tecnica per adoperarlo.

Questo processo non fu accolto con grande entusiasmo nel mondo degli otologi fino al 1890 in cui Iacobson ne fece, al Congresso Medico internazionale di Berlino, una strenua difesa, dicendo di averlo usato con molto successo in casi in cui, in seguito ad un catarro cronico dell'orecchio medio o ad otite media suppurativa pregressa, era rimasta una sordità che le insufflazioni d'aria non avevano potuto far scomparire. Soventi fin dalla prima applicazione della sonda l'udito migliora notevolmente. Quando non è così, la si fa seguire dal cateterismo, in seguito al quale in molti casi l' atteso miglioramento si ottiene. Se l'applicazione della sonda, eventualmente seguita dal cateterismo, non giova la prima volta, non la si adoperi più. Ricordarsi che *immediatamente* dopo l'applicazione si ha talora un passeggero peggioramento, che scompare se si fa il cateterismo. I casi in cui anche la sonda riesce inutile sono quelli nei quali l'apparecchio trasmissore è divenuto pressochè immobile a causa di salde e rigide aderenze, oppure nei quali, a lato dell'affezione dell' apparecchio trasmissore, ne esiste una nel nervo acustico.

La pratica indicata dal Lucae, quella cioè di rinfrescare, prima dell'applicazione, il bottone della sonda guarnito di cotone tenendo per qualche tempo in una mistura di ghiaccio e sale, affinchè ne venga diminuita la sensibilità sulla corta apofisi del martello, non è assolutamente necessaria.

Ultimamente Lucae consigliò di sostituire, dopo l'applicazione

della sonda, il cateterismo col massaggio pneumatico fatto cautamente col rarefattore di Delstanche.

L'A. non solo usa ora la sonda di Lucae nei casi in cui v' ha conservazione della continuità della membrana timpanica, ma anche in casi in cui esiste ancora la perforazione. L'adopera pure contro i rumori di ogni specie e quelle sensazioni di chiusura, di pienezza, di peso e pressione nell'orecchio che molti malati accusano; e contro le quali la doccia aerea servì punto o poco.

Quando all'uso della sonda segue una diminuzione rilevante dell'udito, l'A. fa il cateterismo. Talora s'osserva, il giorno dopo, che l'udito è diventato, nel frattempo, migliore di prima. In questi casi l'A. non ripete l'applicazione della sonda, nè fa altre procedure, aspettando di vedere se l'udito cresce ancora. Nel caso contrario continua l'uso della sonda ogni 1-3 giorni a seconda della sensibilità del paziente, facendolo eventualmente seguire dal cateterismo.

In un gran numero di casi l'azione della sonda fu buona non solo contro la sordità, ma anche contro gli altri sintomi concomitanti delle affezioni secche dell'orecchio medio. In altri casi invece migliorarono solo alcuni di questi sintomi, mentre altri rimasero stazionari o peggiorarono.

Recentemente l'A. osservò i buoni effetti della sonda in un caso di otalgia nervosa, analogamente a quanto osservarono già Eitelberg e Max.

Per quanto riguarda l'applicazione, egli usa umettare la pelotta con vasellina borica 10 %. Durante i movimenti dello stantuffo tiene lo strumento verticale sul martello.

Quando l'applicazione della sonda produce forte dolore bisogna riferirlo a fissazione patologica dell'apparecchio trasmissore per aderenze contratte.

Da ultimo l'A. stabilisce un parallelo tra il modo di azione della sonda a pressione e quello del cateterismo della tromba e del massaggio pneumatico dell'orecchio, citando le spiegazioni date da Lucae, Lester ed Ostmann. Per sua parte egli crede che, vista l'enorme varietà che si riscontra nelle alterazioni anatomiche dell'otite media secca, che son causa sì della sordità che dei disturbi ad essa concomitanti, sia difficile lo stabilire il modo di azione dei sopra nominati metodi di cura, ed il determinare in anticipazione quale sarà il più efficace. La doccia d'aria spinge il timpano all'esterno e, nell'istesso tempo esercita una pressione sulla finestra rotonda, sulla platina della staffa e sul legamento annulare. Nel pneumomassaggio i movimenti di va e vieni del timpano si dovrebbero trasmettere sia alla platina che alle membrane della capsula laberintica. Sotto l'azione della sonda premente il processo breve del martello viene spinto ripetutamente allo indentro. Si vede, quindi, che tutti i tre metodi di trattamento hanno un effetto meccanico diverso: occorre tastare quale è, nei differenti casi, il più utile. Perciò l'A. propone di cominciare prima col cateterismo, che è quello che si mostra con

maggior frequenza efficace. Se l'effetto lascia a desiderare, si passa in una seconda seduta, alla sonda, alla quale si fa eventualmente, seguire il cateterismo. Se la sonda agisce poco o nulla si adopera, nella terza seduta, il pneumomassaggio, che l'A. trovò più volte efficace in casi in cui i due primi processi non l'erano stati (*Klin. Vort. aus. d. Geb. der otol. und Pharyngo-Rhinologie*, IV Bd., 5 Heft.).

Bobone (Sanremo).

3. **Die Entzündungen des äusseren Gehörganges** (Le infiammazioni del condotto uditivo esterno); per il dott. W. Grosskopff (Osnabrück). — L'A. le distingue in due classi: 1.ª otite esterna circoscritta. 2.ª Otite esterna diffusa. La prima la suddivide in otite esterna circoscritta acuta e cronica; la 2.ª in otite esterna diffusa semplice, in emorragica, cruposa, difterica, ulcerosa e parassitaria.

Otite esterna circoscritta acuta. E' il furuncolo, provocato da stafilococchi piogeni. Tra i sintomi son da menzionarsi specialmente il dolore, un senso di pienezza nell'orecchio, un certo grado di sordità talora rumori. La tumefazione s' estende qualche volta ai dintorni dell'orecchio, specie alla regione parotidea ed a quella della mastoide. La *cura* deve essere generale (proibire tutto ciò che può congestionare il capo, es. alcoolici; evitare la costipazione, etc.) e locali. L'A. raccomanda molto, da principio le sottrazioni sanguigne locali. Contro il dolore giovano cataplasmi alla Priessnitz con acqua bollita, soluzione borica od allume, i tubi di Leiter, i bagni auricolari alla Tröltsch, i cataplasmi caldi e la vescica di ghiaccio. Tra i rimedii diretti contro il processo infiammatorio, cita le istillazioni di glicerina fenicata 1.30 (Politzer), d'alcool rettificato (Weber-Liel), il tampone di garza impregnata d'alcool (Haug), il tamponamento di pomata di Zinco (Laman), il tampone impregnato di paraffina o di europene e paraffina (Bresgen). Quest'ultimo metodo diede all'A. risultati molto favorevoli. Migliori ancora ne ottenne dall'applicazione di tamponi impregnati in una soluzione fatta con acetato d'alumina 2,0, olio d'oliva e lanolina *an.* 9,0. Contrariamente a Bresgen, l'A. opina che quando c'è fluttuazione occorra una pronta incisione. Di questo parere sono Kirchner, v. Tröltsch, Bürkner, Spira ed altri. — Per impedire le recidive occorre disinfettare, per parecchie settimane ancora dopo la guarigione del furuncolo, il condotto uditivo esterno con alcool al sublimato, o con soluzione di solfuro di potassio.

Otite esterna circoscritta cronica. — E' tale per essersi iniziata fin da principio con fenomeni poco marcati, oppure è la continuazione della forma acuta non guarita. Si cura con insufflazioni d'acido borico, con pennellature di nitrato d'argento, raschiamento in caso di granulazioni, spaccature delle fistole, se ve ne sono, asportazione di piccoli sequestri, a seconda dei casi.

Otite esterna diffusa. — Nella forma *semplice*, caratterizzata da tumefazione del condotto uditivo, dolore alla pressione, talora iperemia della superficie esterna della membrana, scolo sieroso o siero purulento giova da principio la stessa cura che nell'otite esterna

acuta. Contro lo scolo: insufflazioni di polvere borica, istillazioni di soluz. borica, al sublimato (0,10 °|₀) al solfato di zinco (0,50-1 °|₀) al-l'acetato d'allumina (2 °|₀). Nella forma *emorragica* si vedono nella cute infiammata, piccoli versamenti sanguigni, per lo più in forma di vescica. Quando non si riassorbono, occorre aprirli. *Otite esterna cruposa* denomina l'A. una forma descritta per i primi da Bezold, Gottstein, Steinhof. (L'A. ignora che il dott. Cerruti di Torino sotto il titolo di otite esterna pseudomembranosa descrisse, or fan più di 25 anni, magistralmente, questa forma di otite cruposa in una delle Sedute della R. Accademia di Medicina, di cui era socio. E dire che i colleghi tedeschi rimproverano così soventi agli altri di non conoscere abbastanza la letteratura! Ref.) — Questa forma è caratterizzata dalla formazione di membrane crupose sulle pareti del condotto e sulla membrana timpanica, che si lasciano per lo più, facilmente allontanare con lo schizzettamento. I sintomi infiammatorii sono moderati. Invece nella forma *difterica* sonvi forti dolori accompagnantisi a violenta infiammazione. Le membrane che tappezzano il condotto sono fortemente aderenti e dopo la loro caduta rimangono ulcerazioni profonde molto difficili a guarire.

L'otite esterna *ulcerosa* è, per lo più, di natura luetica. Le ulcerazioni, risultanti da condilomi disgregatisi, son crateriformi, con margini infiltrati a fondo grigio-sporco. Curasi colla cura specifica, con polverizzazioni locali di calomelano e toccamenti con acido cromico. Infine, l'otite esterna *parassitaria* è provocata sopratutto dalle varie forme di aspergillo. Il luogo da essi prescelto è il timpano che possono anche pertorare. I sintomi si compendiano in prurito, bruciore, sordità, accompagnantisi a scolo sieroso. Sui pezzi di pelle che si staccano dai punti neri o gialli tradiscono il parassita. Questa forma si cura con istillaz. di atropina-cocaina 2 °|₀, che combattono i dolori, con iniezioni d'acqua sterile, o borica con istillaz. di alcool assoluto o salicilico, bagni locali alla Troeltsch, e insufflazioni d'acido borico o jodoformio. (*Klin. Vortr. aus d. Geb. der Otol. u. Pharyngo-Rinologie. IV Bd. 6 Heft*). BOBONE (Sanremo)

4. **A new technique for the reduction of turbinal hypertrophies** (Nuova tecnica per la riduzione delle ipertrofie dei turbinati) per il dott. A. GOLDSTEIN di St. Louis, con 3 fig. L'A. non è partigiano delle turbinectomie. Riconoscendo la necessità, in molti casi, di allargare la cavità nasale, preferisce le misure che portano minor distruzione di tessuti, minori sofferenze al paziente, e van compagne alla maggior semplicità nella tecnica. Passa in rassegna gli strumenti usati fin qui, quali la sega, l'ansa fredda e galvanica, le forbici, enumerando i difetti di ciascuno. Della galvanocauterizzazione, di cui si dice ora tanto male da più parti, l'A. non si dichiara malcontento tuttavolta che s'usi nei casi di stenosi di media intensità e nei quali l'osso non prende parte al processo patologico. Anche la cauterizzazione chimica con acido o cromico, tricloroacetico, applicati

sul punto più prominente di un'ipertrofia molle non è da rigettarsi, specie nei bambini.

La nuova tecnica che l'A. usa ora per la riduzione delle ipertrofie turbinali è quella di Pierce, modificata. L'istrumentario si compone di un trequarti armato di un otturatore ben appuntato, e di uno specillo bottonuto. Trequarti e specillo hanno un manico inserito su di essi ad angolo ottuso. — Cocainizzata la mucosa si infigge sotto di essa il trequarti fino all'anello scorrevole sulla cannula, e che serve a segnare la profondità a cui si può arrivare, in rapporto all'estensione dell'ipertrofia da curare.

Il trequarti deve scorrere parallelamente all'osso, e rasente ad esso. Si ritira il punteruolo, e si introduce a suo posto lo specillo, guarnito alla punta di acido cromico fuso, si ritira lentamente il trequarti, durante la qual manovra la sonda la cui estremità cauterizzante sorpassa quella della cannula, continua a cauterizzare, fino all'apertura di entrata, tutto il canale. Una spolverizzazione di mentolo canforato termina l'operazione. La narice è, in seguito, tamponata con un tampone di cotone saturo di benzoinolo.

L'A. non ha visto seguire a questa pratica alcuna nojosa conseguenza. La possibilità di un'infezione è ridotta al minimo.

I tessuti fisiologici non sono soppressi come nelle turbinotomie e nelle turbinectomie, e non v'ha pericolo di formazione di sinechie. (*The Laryngoscope*. Maggio 1901). BOBONE (Sanremo).

NOTIZIE VARIE

Sesto Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia. — Durante il Congresso si terrà in Roma un'Esposizione, nelle cui Sezioni verranno rappresentate l'Anatomia normale e patologica, l'Embriologia, la Fisiologia, l'Anatomia comparata e gli istrumenti ed apparecchi chirurgici. Il Comitato ordinatore di questa esposizione speciale si compone dei valenti soci romani Ferreri, Egidi e Nuvoli, che, invitati dalla Presidenza della Società, accettarono l'onorevole incarico.

Interessante pubblicazione. — Abbiamo già ricevuto: « *La Storia del R. Istituto Nazionale pei Sordomuti in Genova dalla sua fondazione* (Maggio 1801) *ai nostri giorni* ». È il primo lavoro illustrato di tal genere che si pubblica in Italia. — Un volume di 576 pagine in 8° grande su carta americana costa *Lire Cinque*.

Per ordinazioni rivolgersi alla Tipografia dei Sordomuti, Via Serra, n. 9. Genova.

Condoglianze. — Sicuri di bene interpretare i sentimenti di tutti gli amici, inviamo al caro collega dottor G. B. Faustino Brunetti di Venezia le più sincere condoglianze per la irreparabile perdita della sua diletta Consorte recentemente avvenuta.

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile*.

Firenze, 1901 — Tipografia Luigi Niccolai, Via Faenza, 44.

Anno XIX. **Firenze, Novembre 1901.** **N. 11.**

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli diretto dal prof. Ferdinando Massei.

Mixoma della corda vocale destra

per il Dott. JACOPO NARDI (Assistente).

(Con una tavola litografica)

Fra i tumori che più raramente si riscontrano in laringe dobbiamo senza dubbio mettere il *mixoma*.

Per lo passato non tutti furono d'accordo su questo fatto, e varî autori, tra i quali FAUVEL (1), ritenevano il mixoma piuttosto frequente nelle prime vie del respiro. FAUVEL in una statistica di 300 osservazioni avrebbe trovati 53 mixomi e quindi, per ordine di frequenza, farebbe seguire ai papillomi immediatamente questi.

Secondo SCHWARTZ (2), che ritiene il mixoma puro della laringe, *une grande rareté*, questa divergenza tra FAUVEL, pochi altri e la maggior parte degli autori, bisogna attribuirla alla confusione avvenuta col chiamare *a*

---

(1) CH. FAUVEL. Traité pratique des maladies du larynx. Paris, 1876, pag. 188.

(2) CH. ED. SCHWARTZ. Des Tumeurs du larynx. Paris, 1886, pag. 29.

priori e senza il conforto di ricerche microscopiche, ***polipi mucosi*** tutte le altre varietà anatomiche di tumori benigni che, oltre i papillomi e i veri mixomi si riscontrano in laringe, come i fibromi, i fibro-mixomi, gli adenomi, gli angiomi e sopratutto le cisti, che oggi più propriamente sono riconsciute, nel maggior numero delle volte, come fibromi cistici.

Dopo aver tentato in tal modo di mettere le cose a posto, credo opportuno riferire quanto la letteratura offre al riguardo.

La prima osservazione di mixoma laringeo è dovuta a Bruns (1868) (1). Il piccolo tumore in un uomo di a. 56, inserito alla commessura anteriore, di colorito grigio roseo, fu esaminato al microscopio da Schüppel che potè dimostrare trattarsi di mixoma ialino puro.

Mackenzie (2), dopo aver riportato il caso di Bruns, descrive una osservazione personale di polipo mixomatoso; ma, dal reperto istologico ottenuto, chiaramente emerge la struttura del fibro-mixoma.

Ziemssen (3) non avendo alcuna osservazione propria, dopo aver riportati i due casi precedenti, si limita a dire che ritiene rarissimi i mixomi laringei.

Eeman (4) a proposito di un caso a lui occorso, dopo accurate ricerche si è potuto assicurare che nella letteratura, oltre i due casi già da me riportati, non ve ne siano che due altri; nell'uno, descritto da Schmidt (1884) si trattava di un piccolo tumore inserito sulla corda vocale sinistra e che aveva grande analogia con quello osservato da Bruns; l'altra osservazione appartiene a Taubar che parla di un mixoma che si inseriva su tutta la faccia linguale della epiglottide.

Nel caso di Eeman si trattava di un piccolo tumore

(1) Bruns. Drei und zw. anzig neue Beobachtungen von Polypen des Kehlkopfes. 3ᵉ Beobachtung. Tubingen. 1873.

(2) M. Mackenzie. Essay on Growths in the larynx. London, 1871, pag. 48.

(3) H. v. Ziemssen. Handbuch der krankheiten des respirations apparates. Leipzig, 1876, pag. 339.

(4) Rev. men. de Laryngol. d'Ot. et de Rhin., 1886, pag. 7.

inserito sulla metà anteriore del bordo libero della corda vocale sinistra, di colorito leggermente roseo, a superficie perfettamente liscia ed arrotondita, e avente un certo grado di trasparenza.

L'A. fece diagnosi di cisti e, nell'idea di vuotarla, vi fece una incisione, ma non ebbe alcun risultato e dovette dopo qualche tempo asportare il tumore in varie sedute. Quando pubblicò il suo caso non era giunto ancora a togliere per intero il neoplasma.

L'esame istologico, affidato al dott. Van Duyse, dette il seguente risultato, che per la sua importanza ho creduto riportare estesamente: « Il rivestimento epiteliale, d'una spessezza variabile, presenta molta analogia con la rete del Malpighi. L'epitelio è separato dal derma da cellule cubo-cilindriche; verso la superficie vi si riscontrano elementi poligonali che si espandono progressivamente perdendo il loro nucleo e divenendo squamosi alla superficie. In alcuni punti il rivestimento ha subìta la degenerazione cornea. La membrana omogenea non si nota in alcun posto. Sulla parte più superficiale del derma il tessuto congiuntivo è caratterizzato dalla presenza di cellule arrotondite e da un gran numero di cellule fusiformi, molto stipate fra loro e disponentesi parallelamente alla superficie della mucosa. In questa parte si notano numerosi e grossi capillari e gran numero di emazie disseminate tra gli elementi del tessuto congiuntivo. La massa del tumore, andando verso il centro, assume man mano la struttura mucosa ialina. Nella sostanza fondamentale si riscontrano cellule arrotondite, fusiformi e stellate, queste ultime sono più scarse, ramificate, e raggiungenti alle volte grandi dimensioni. I nuclei di queste cellule hanno aspetto granuloso. I capillari sono molto abbondanti anche in tutta la massa del tumore. Attorno a questi capillari si notano in abbondanza i corpuscoli del sangue, come si notano altri stravasi di elementi del sangue dovuti forse in parte al trauma causato dalle manovre operative ».

Massei (1) fra 300 osservazioni personali di tumori

---

(1) Massei. Sui neoplasmi laringei, Napoli, 1885.

del laringe che pubblicò nel 1875 (ora la statistica è salita a 648), ha trovati due casi di polipi mucosi e la diagnosi clinica fu confermata dall'esame microscopico.

SCHWARTZ (1) ai precedenti casi aggiunge un'altra osservazione di mixoma puro dovuta a CLINTON WAGNER. Trattavasi di un tumoretto espulso con la tosse e che già era stato rilevato all'esame laringoscopico. Raggiungeva la grandezza di un grosso pisello, era piriforme, di un colorito grigio-biancastro e per mezzo di un peduncolo prendeva inserzione nel ventricolo di MORGAGNI di sinistra. Al microscopio mostra una perfetta struttura mixomatosa, risultando di tessuto mucoso reticolato come quello del cordone ombelicale.

SCHWARTZ ha avuto agio di osservare parecchi tumori che mentivano l'aspetto di mixoma e poi al microscopio si è trovata struttura fibro-mixomatosa.

Nel 1886 MASINI (2) pubblicò un caso di mixoma impiantato sul primo anello tracheale.

EEMAN (3) nel 1889 descrisse un'altra osservazione di mixoma ialino della corda vocale destra. L'esame microscopico fatto anche questa volta da VAN DUYSE non differisce molto dall'altra osservazione; l'epitelio superficialmente ha subita la degenerazione cornea; nella massa del tumore, costituita da tessuto ialino caratteristico, si trovano sparsi numerosi vasellini ripieni di sangue.

L'A. prende occasione da questo caso, nel quale come nel primo aveva creduto ad una cisti, per dimostrare la difficoltà diagnostica ed aggiunge che scientificamente non è dimostrata la rarità di questi tumori poichè la diagnosi si fa solo al microscopio. Emette in ultimo con riserva questa proposizione: « *Le myxome hyalin du larynx n'est point aussi rare qu'on l'avait cru jusqu'ici* ».

Nel maggio 1890, nella riunione della *Società Americana di Laringologia*, S. O. VANDER POEL (4) presentò un

(1) SCHWARTZ. Op. cit.

(2) *Riforma Medica* 1886. (Riportato da FERRERI nell'*Arch. it. di Ot.* ecc. 1896, pag. 482).

(3) *Revue mensuelle de Laryng. d'Ot. et de Rhin.* 1889, pag. 65.

(4) *The Journal of Laryngology and Rhinology.* 1890, pag. 488.

caso di mixoma ialino della superficie superiore della epiglottide che si estendeva al solco glosso epiglottico di sinistra, a superficie lobulata e attraversata da numerosi vasi. Il tumore veniva asportato con ansa galvanica dando una tenue emorragia.

L'esame istologico praticato dal dott. IRA VON GIESEN dimostrò trattarsi di un mixoma ialino puro.

Nello stesso anno MOURE (1) descrisse un tumore laringeo, della grandezza di un pisello, grigio-biancastro, che al microscopio presentava struttura mixomatosa.

E così pure nel 1890 THIBBAULT (2) riportò un caso operato da Natier. Trattavasi di un tumore della grandezza di una piccola ciliegia, impiantato sulla parte media della corda vocale sinistra, di un colorito rosso-vinoso uniforme.

L'esame microscopico fatto da NICOLLE dimostrò un mixoma puro.

Nel 1891, nella Clinica Laringologica dell' Ospedale Lariboisière, DUDEFOY (3) ebbe a studiare un caso importante di mixoma laringeo operato da GOUGUENHEIM. Il tumore, inserito in corrispondenza dell' angolo di commessura, bloccava quasi il lume della laringe, si mostrava arrotondato, d' un colore rosso vivo e nella parte più alta presentava una leggiera tinta emorragica ; sembrava aderire alla metà sinistra della laringe. La neoplasia fu asportata in più sedute. I due primi frammenti tolti erano della grandezza della metà dell' unghia del dito mignolo, con rivestimento duro, quasi corneo, con superficie emorragica. Il tessuto sottostante era molle.

Questo il reperto istologico integrale per il dott. LATTEAUX : « Al disotto di uno strato epiteliale di una certa spessezza si notano cellule allungate, riunite le une alle altre e formanti un vero stroma a lasca trama, le cui maglie contengono un tessuto omogeneo. Immediatamente sotto a questo tessuto notansi numerosi vasi ».

L'A. fa rilevare l' importanza di questo reperto, poi-

(1) *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, 1890.

(2) Contribution à l'étude des myxomes du Larynx, *Thèse de Paris*, 1890.

(3) *Annales des mal. de l'Oreil, du Larynx* ecc. 1891 pag. 256.

chè fra i pochi mixomi laringei studiati, quasi sempre si è notata la struttura ialina, mentre nella sua osservazione si trattava di un mixoma corneo. SONGET (1) nel 1893, facendo l'autopsia di un tubercolotico, rinvenne nella regione sottoglottica, e propriamente sotto la corda vocale sinistra, un tumore che al microscopio mostrò la struttura del mixoma.

CH. H. KNIGHT (2) nel 1894 presentò all' *Associazione Laringologica Americana* tre casi di tumori laringei, in uno dei quali trattavasi di mixoma sottoglottico diffuso. Fu operato con la pinza MACKENZIE; ma, non essendosi ottenuto gran resultato, fu fatta l'operazione radicale, previa tracheotomia.

Nel 1895, B. FRAENKEL (3) presenta alla *Società Laringologica Berlinese* un caso di mixoma caratteristico della corda vocale destra, la cui diagnosi era stata confermata dall'esame microscopico.

E nel medesimo anno SEMON (4) presentava alla *Società Laringologica di Londra* un caso di mixoma inserito alla commissura anteriore in un giovane di anni 26.

Il tumore era della grandezza di un osso di ciliegia.

Al microscopio mostrò la struttura mixomatosa.

Nella tornata sociale, nel mese di novembre del medesimo anno, lo stesso SEMON (5) mostrava i preparati microscopici del caso sopra riferito.

Il tumore risultava costituito da esili fibre formanti una reticella, sulla quale si notavano in piccolo numero cellule polimorfe munite di appendici delicate concorrenti a formare un reticolo caratteristico dei mixomi. Il tumore, inoltre, si presentava moderatamente vascolarizzato ed era ricoperto da epitelio squamoso stratificato, normale.

Anche nel 1895 RAMON DE LA SOTA Y LASTRA (6)

---

(1) *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1893, pag. 683.

(2) *The Journal of Laryngology* etc., 1894, pag. 431.

(3) idem, 1895, pag. 779.

(4) idem, 1895, pag. 875.

(5) idem, 1896, pag. 29.

(6) *Archivos latinos de Rinologia, Laringologia, Otologia,* 1895, pag. 302.

pubblicò un caso di polipo mucoso della corda vocale destra che all'esame laringoscopico era stato scambiato per angioma. Il tumore, in donna di anni 29, era inserito all'unione del 3° anteriore col 3° medio della corda vocale; era arrotondito, liscio, di colorito rosso vinoso e quanto un grosso pisello. L' operazione fu seguita da rilevante emorragia.

L'esame istologico mostrò trattarsi di tumore mixomatoso ricco di vasi.

Chiari (1), pure nel 1895, studiando questo tema, dopo aver riportate le considerazioni di diversi osservatori sulla struttura dei polipi delle corde vocali, ritiene che una gran parte di fibromi, mixomi e polipi mucosi di questa regione debbano esser considerati come una semplice ipertrofia della porzione superficiale delle corde vocali. Seguono quattro osservazioni personali, due delle quali, secondo l'A., vengono in appoggio del suo asserto.

Conchiude ritenendo gran parte dei neoplasmi descritti come mixomi, semplici ipertrofie della mucosa e i mixomi veri una rarità.

Ferreri (2) nel 1896 descrisse un tumore in un bambino di anni 13 al disotto della corda vocale sinistra, della grandezza di un fagiuolo, a superficie liscia, di colorito bianco rossastro, gelatinoso, peduncolato, mobilissimo, fece diagnosi di probabile mixoma.

Al microscopio il tumore si mostra costituito di tessuto di aspetto mucoso disseminato di elementi cellulari polimorfi con prevalenza di quelli a nucleo affusato e dal cui protoplasma si partono finissimi prolungamenti che si perdono nella sostanza intercellulare abbondante, in alcuni punti omogenea, in altri finamente striata. Vi si notano, inoltre, numerosi vasi sanguigni. Il rivestimento epiteliale non presenta nulla di notevole.

Il tumore in alcuni punti, e specialmente verso la periferia, mostra dei focolai d'infiltrazione parvicellulare.

---

(1) Annales des maladies de l'oreille et du Larynx, 1895, pagina 126 e segg.

(2) Archivio italiano di Otologia ecc. 1896, pag. 482.

Nel 1897 il prof. MASUCCI (1) descrisse un tumore laringeo enorme, che si inseriva sull'apofisi vocale destra, e proprio nel punto da dove egli, un anno prima, aveva asportato un fibroma, rimanendo in sito un piccolo brandello che non fu potuto togliere in secondo tempo poichè l'infermo rifiutò l'operazione.

Questa volta l'esame microscopico praticato dal professor STAMPACCHIA dimostrò trattarsi di un mixoma, nel cui peduncolo trovavasi tessuto cartilagineo reticolare.

Nello stesso anno RAOULT (2) presenta alla *Società francese di Otologia, Laringologia e Rinologia* un infermo operato di voluminosissimo tumore laringeo, che bloccava quasi completamente il lume della laringe e si continuava indietro nella faringe. Si inseriva alle facce anteriori e posteriori delle aritenoidi, su tutta la metà destra della regione sopraglottica, nonchè sul bordo destro della epiglottide; per mezzo di un prolungamento penetrava tra le corde vocali.

Al microscopio si rinvenne la struttura del mixoma.

H. GAUDIER (3) nel 1898 descrisse estesamente un caso in un individuo di a. 34. Il tumore, inserito alla commessura anteriore, poggiava sulle due corde vocali nascondendole quasi completamente; aveva aspetto mucoso, liscio, di colorito grigio-bluastro, piriforme, peduncolato e della grandezza approssimativa di una mandorla. Rassomigliava proprio ad un polipo mucoso del naso, fu asportato a brandelli con la pinza GOTTSTEIN.

Ecco il reperto istologico:

« Rivestimento costituito da epitelio cilindrico stratificato che si continua direttamente, senza intermediario di fibrille connettivali, con una massa fondamentale disseminata di rari vasi pieni di sangue e sulla quale sono sparse delle cellule di forme diverse, arrotondite, allungate, poliedriche, polinucleate e polinucleolate con una fitta rete di

(1) Arch. it. di Otologia ecc. 1897, pag. 9.

(2) Société française d'Ot. de Rhin. et de Laryngol. Session di 1897. Compte Rendu par le doct. G. LAURENT.

(3) *An. des mal. de l'Oreil. du Larynx. ecc.*, 1898, I, pag. 364.

fibrille delicate che anastomizzandosi formano come una caratteristica capigliatura. In alcuni punti queste cellule sono accumulate, addossate le une alle altre Si ha insomma un mixoma ialino tipico ».

G. Clément (1) descrisse pure nel 1898 un piccolo tumore della corda vocale destra, della grandezza di un pisello, con larga base d'inserzione, d'aspetto brillante e roseo, a superficie liscia.

L'esame istologico rivelò nettamente l'esistenza di un tessuto mucoso, reticolato, caratteristico del mixoma.

Nel febbraio ultimo Gibb (2), descrivendo un mixoma laringeo, dice essere questa neoplasia molto rara nelle vie respiratorie, non avendone rinvenuti nella letteratura che 35 casi.

Nel suo infermo il tumore per mezzo di un peduncolo s'inseriva sulla corda vocale sinistra.

Al microscopio si rinvenne struttura mucosa, simile a quella dei comuni polipi mucosi del naso.

***

Debbo alla gentilezza del prof. Massei il potere aggiungere a questa casuistica un'altra osservazione.

Nel 4 maggio di questo anno si presentava alla clinica privata del prof. Massei, Pietro M....., da Napoli, di a. 31, capo fuochista di 3ª classe nella R.ª Marina, celibe.

Non ha abusato di vino, nè di liquori; è fumatore; si è molto esposto a cause reumatizzanti. Ha goduto sempre buona salute.

Da circa due anni ha avvertito una certa raucedine, che aumentando gradatamente, in questi ultimi tre mesi si è accentuata di molto. Nel mese di gennaio ultimo si contagiò di sifilide. Attualmente è in alto grado disfonico. Al laringoscopio, sulla corda vocale destra notasi un tumore a larga base, della grandezza di un chicco d'uva, liscio, di colorito roseo, che nei movimenti fonatori lascia scorgere come una specie di fluttuazione.

---

(1) *Revue mensuelle de Laryng. d'ot. et de Rhin.*, 1898, p. 2ª, pag. 1241.

(2) *Ann. of Otology, Rinology and Laryngology*, febbraio 1901.

Si rimane in dubbio circa la natura, pensando pure alla possibilità di una cisti.

Viene operato previa disinfezione e cocainizzazione, con pinza König. La neoplasia, certamente molto friabile, si rompe al primo atto operativo per cui in due sedute viene tolta a brandelli.

Dopo poche medicature all'ittiolo l'infermo era completamente guarito e la funzione vocale del tutto ripristinata.

Reperto istologico. I vari pezzi del tumore, che io ho avuto cura di studiare diligentemente, dimostrano un rivestimento costituito da epitelio stratificato, che non conserva in tutti i punti la medesima spessezza. V. fig. 1ª. Alla superficie si nota uno strato corneo, simile a quello della cute. Anche questo strato corneo ha vario spessore e in alcuni punti è completamente distaccato dai sottostanti tessuti. Non v' ha traccia di membrana limitante. Nel tratto sottoepiteliale della massa che costituisce lo stroma del tumore, notansi numerosi eritrociti e leucociti, che in alcuni punti si raggruppano in modo tale, da formare dei veri accumuli. Lo stroma risulta formato da una sostanza finamente reticolata, quasi amorfa, cosparsa di numerosissime cellule di varia grandezza, la maggior parte a forma fusata altre rotonde, altre, nel minor numero, stellate. V. fig. 2ª. In mezzo a tutti questi elementi notansi numerosi corpuscoli del sangue, in alcuni punti raggruppati. Il tumore non è molto vascolarizzato, e i piccoli vasi, che presentano all'intorno una piccola zona d'infiltrazione, hanno una parete sottilissima. Quasi nel centro di uno dei pezzi esaminati si notano due vasi di maggior calibro le cui sezioni sono quasi riunite da una zona infiltrata notevolmente.

***

Ora, da quanto mi è stato possibile riunire, risulta che se i mixomi non rappresentano addirittura una rarità, certamente, in rapporto alle altre neoplasie che si sogliono riscontrare nella laringe, possono ritenersi poco comuni.

Intendo qui parlare dei ***veri mixomi***, quelli, cioè, che

tale struttura hanno dimostrata agli esami microscopici; perocchè se si volesse con questi confondere i polipi mucosi, quelle neoplasie cioè che corrispondono ad un tipo di fibroma edematoso nel quale il tessuto fondamentale è infiltrato di mucina mista e sciolta in parte nel siero del sangue, la statistica verrebbe a subire un rilevante spostamento.

Ma ciò non basta; sono gli stessi fibromi cistici, le cisti e infine gli angiomi e gli adenomi, che possono macroscopicamente indurci in errore, spesso assumendo il tipo riferibile più che ad altro, al colorito, alla unicità del mixoma.

I polipi iperplastici della mucosa laringea sono anch'essi poco frequenti e sogliono, più che altrove, riscontrarsi sulle false corde (1), ma nulla hanno di comune col mixoma, ripetendo schiettamente la struttura della mucosa, e il concetto del Chiari (2) al riguardo, se è applicabile per questi, non mi sembra possa reggere ad una severa critica quando considera, giusta quanto sopra si è detto, molti dei neoplasmi descritti come mixomi, delle semplici ipertrofie della mucosa laringea.

Nella casuistica da me raccolta, difatti, non figurano che casi bene accertati (eccettuata la osservazione di Mackenzie) di neoplasie a base di tessuto mixomatoso caratteristico, sieno esse dovute a tessuto iperplastico la cui sostanza fondamentale trovasi in una fase degenerativa mixomatosa, sia a vizio di sviluppo, sia ad eterotopia embrionale.

E senz'altro passo alle poche conclusioni che chiaramente emergono da tutto quanto sopra ho esposto:

a) il mixoma puro laringeo occupa nella statistica dei tumori di questa regione, un posto alquanto basso, e, se non può per rarità esser paragonato ai lipomi, agli angiomi, agli adenomi, certamente il numero delle osservazioni non è molto superiore;

b) si presenta sempre unico;

---

(1) Ziegler. Trat. di anat. pat. *trad. it. del prof.* L. Armanni.
(2) Loc. cit.

c) il suo colorito è vario, dal bianco sporco al rosso vinoso, per cui anche questo non è un giusto criterio in favore di una diagnosi aprioristica;

d) quella specie di fluttuazione che si è riscontrata nel presente caso, e che già altri osservatori avevano potuto notare, non è esclusiva, potendosi rinvenire, e anche più chiaramente, in caso di cisti;

e) la diagnosi sicura, come ben ebbe a dire Ekman, non viene fatta, dunque, che dal microscopio.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Fig. 1.ª — Tumore visto ad ingrandimento Zeiss $\frac{3}{A}$; vi si notano: il vario spessore dell'epitelio; la struttura prettamente mixomatosa dello stroma e la infiltrazione perivasale.

Fig. 2.ª — Un punto del tumore disegnato con ingrandimento Zeiss $\frac{3}{\text{imm. } \frac{1}{12}}$

L'ascesso retrofaringeo acuto nei bambini

per il Dott. E. LIGORIO.

(*Continuazione e fine; vedi n. precedente*).

Sulla importanza ed utilità di una diagnosi precoce e sulla frequenza con cui il medico stesso è tratto in inganno insistono il Karewski (1) ed il Piéchaud (2) e questo sempre quando egli sia interpellato in tempo, chè per lo più egli non vede il malato altro che nel periodo in cui la minaccia d'asfissia gli impone un rapido e pronto intervento e si hanno tali fenomeni che non è possibile alcun dubbio diagnostico.

Fra le cause della malattia predominano naturalmente

(1) *Karewski.* Die chirurgische Kranheiten des Kindesalters. Stuttgart, 1894.

(2) *Piéchaud.* Prècis de chirurgie infantile. Paris, 1900.

I. Nardi - Mixoma delle corde vocali

Fig 1ª

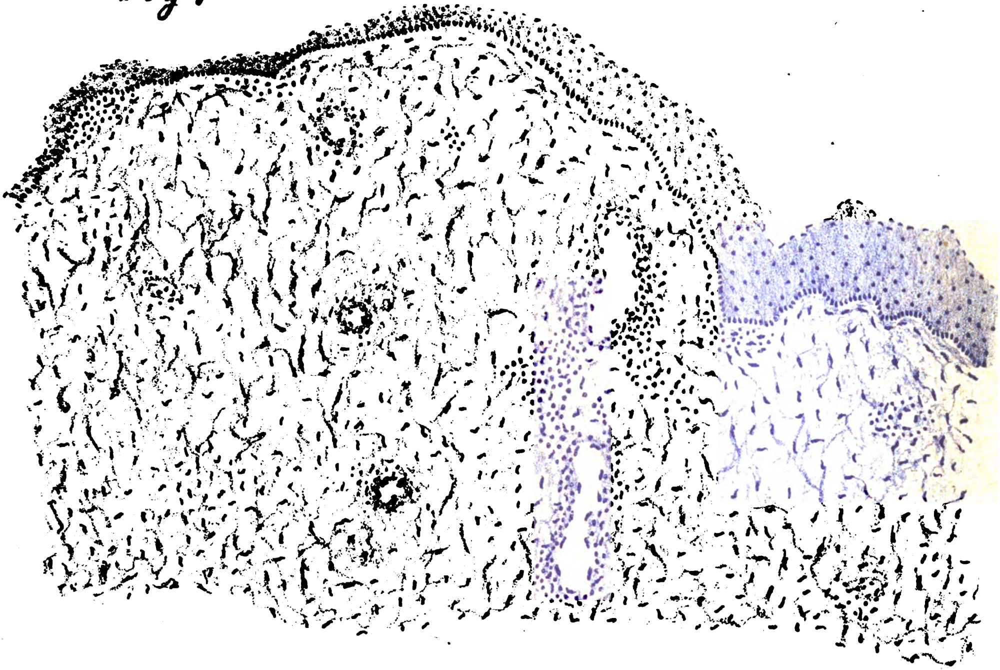


Fig 2ª



J. Nardi dis: inc. -Napoli- Porpora e Buono

i fatti infiammatori della mucosa orale che sono soliti accompagnare il periodo della dentizione; è comunissimo che allora si sviluppino delle stomatiti specialmente in bambini le cui condizioni generali lascino a desiderare o in cui poco sia curata l'igiene della bocca.

Vi sono poi le malattie infettive generali le quali sono quasi sempre accompagnate da lesioni della faringe, ed in tali casi la sorveglianza del medico può esplicarsi efficacemente poichè egli ha modo di vedere spesso il malato ed è tenuto sull'avviso dalla malattia che ha da curare. Dei nostri, un caso era collegato alla scarlattina, uno ad una forma eruttiva non diagnosticata ma che dalla descrizione parve rosolia, un terzo a difterite; altri autori ne descrivono di incorsi durante il morbillo ecc. e sino in seguito ad una semplice varicella (Stoss).

Le condizioni generali hanno pure grande importanza come momento eziologico giacchè vediamo di preferenza colpiti bimbi linfatici, gracili o provenienti da genitori sifilitici, senza però che la sifilide possa venir direttamente imputata: purnondimeno si sono visti anche casi manifestati in bambini vegeti e ben allevati.

Sulle cause di tal malattia nei primi stadi di vita poco altro resta a dire; essa può aversi collo stesso meccanismo anche in età più avanzate ma assai più di rado vuoi per la minor frequenza delle lesioni primitive ora accennate, vuoi per la diminuita sensibilità del sistema linfatico e per la riduzione di esso già accennata dal Most.

Riportandoci all'anatomia normale della faringe, ci appaiono pure di più facile interpetrazione molti dei fatti che accompagnano la malattia o ne costituiscono alcuni esiti, la cui gravità si deve non tanto alla natura del male quanto alla sua sede.

Il processo si svolge fuori della faringe, poichè il connettivo che collega quest'organo alla aponevrosi prevertebrale non può dirsi più che faccia parte della parete faringea. Rimane interessata la faringe perchè la raccolto formandosi fra un piano resistente ed uno cedevole naturalmente la forza su quest'ultimo spingendolo verso il lume della faringe intanto che anche il tessuto della parete ri-

mane alterato dalla contiguità di un processo infiammatorio acuto.

Lo Strazza nel lavoro dianzi citato si oppone a questo concetto, riservando la denominazione di estra-faringei a quegli ascessi dovuti a emigrazione di pus da una lesione vicina nello spazio retrofaringeo. Egli non accetta l'origine ganglionare dell'ascesso così detto idiopatico né le ragioni patogenetiche fino ad ora ammesse: in questo suo concetto egli si fonda sulla non provata esistenza dei gangli retrofaringei, sul decorso dell'affezione nel periodo iniziale, sulla lateralità della raccolta non ammettendo che solo il ganglio di un lato si infetti mentre l' altro no, e sulla rarità di questa malattia in confronto alla frequenza delle lesioni della bocca, faringe e mucosa nasale da cui si vorrebbe fosse originata direttamente.

Quanto .all'esistenza o meno di questi gangli non so se possa mettersi in dubbio quando osservatori degni di fede quali il Tillaux, Bokaï, Karewski, Most ne parlano e gli hanno accuratamente descritti stabilendo quali sono le regioni che danno loro i linfatici afferenti e quali sono le modificazioni cui vanno incontro età per età.

Le linfoadeniti in soggetti linfatici e scrofolosi hanno è vero, un decorso subdolo e spesso, prima di arrivare alla suppurazione, passano per dei periodi di attività e di riposo dei fenomeni infiammatori: ma pensiamo che qui non sempre si tratta di individui scrofolosi e linfatici e che inoltre l'immediata vicinanza della mucosa faringea con tutti i germi che vi si annidano concorre a far prendere un decorso più franco e rapido all' infezione dei linfatici.

Un qualunque processo infiammatorio altera ed interrompe la superficie protettiva di epitelio che riveste le prime vie respiratorie o digerenti, e per questa porta di ingresso uno dei tanti germi che vivono in tali cavità o quello stesso che ha alterate le pareti, penetra fino ai linfatici della mucosa. A seconda del punto ove sarà avvenuta l'invasione questi germi saranno dalla corrente linfatica condotti ai vari gruppi di gangli, siano essi i retroviscerali o i sottomascellari o i cervicali o più gruppi insieme se estesa fu la lesione primitiva. Cominciano al-

lora i fenomeni di adenite (tralascio dei segni di quella cervicale), si inizia il dolore a inghiottire e con una infezione più profonda cominciano anche i sintomi generali come la febbre etc. A poco a poco sorgono pure i disturbi puramente meccanici prodotti dalla tumefazione che sporge in faringe; fenomeni che varieranno un poco a seconda della regione di questo organo che rimane colpita.

A questo punto, di due cose una: o il processo si risolve ed allora gradatamente i fenomeni morbosi si dileguano (come in due casi miei ed in numerosi del Bokaï) e la malattia passa nel maggior numero dei casi indiagnosticata, giacchè raramente vi sono stati fatti tali da far reclamare la presenza del medico, oppure le cose proseguono ed ai fenomeni generali dovuti alla formazione del pus si aggiunge l'aggravamento delle condizioni locali dovuto al crescere della tumefazione e all'edema che essa cagiona nelle regioni circostanti. Lasciata a se, la raccolta può farsi strada attraverso la parete faringea e riversarsi nella cavità del faringe ove può produrre una ostruzione della glottide o una polmonite *ab ingestis;* oppure non riuscendo a perforare la parete può cagionare direttamente la soffocazione col suo volume aiutato dall'edema infiammatorio che si forma nella mucosa della glottide e della faringe stessa; altrimenti profittando della lassezza del connettivo, la raccolta si fa strada fra la faringe e la colonna vertebrale e risale fino alla base del cranio oppure si diffonde alle parti laterali della faringe o scende attorno l'esofago e fino alla cavità mediastinica. Esiti tutti nei quali come si vede poco vi è sempre da sperare per la vita del paziente.

Ora in questo decorso morboso che ho riassunto cosa ci è che contraddice con un adenoflemmone dei gangli retroviscerali?

Osservati all'inizio questi casi ci hanno fatto sentire una tumefazione ben netta, rotondeggiante, di consistenza elastica che spinge innanzi la parete faringea posteriore dandoci proprio la sensazione di un corpo interposto fra la colonna vertebrale e la faringe; questo mi fu dato accertare totalmente nel caso XIII, in quello di recente os-

servato e parzialmente nel caso XI in cui la tumefazione era fusa solo nel centro mentre il resto si risolvette lentamente nei giorni successivi all'incisione che avea evacuato il pus formatosi in parte di essa.

Riassumendo mi pare dunque che ancora si debba attenerci alla definizione classica di adeniti retroviscerali.

A seconda del livello in cui la raccolta viene a fare sporgenza nella faringe si distinguono gli ascessi retrofaringei: 1° superiori, che occupano la porzione alta o nasale della faringe, 2° i medj che stanno nella parte media o buccale, 3° gli inferiori che si sviluppano nella porzione laringea là dove la faringe non fa più una doccia aperta in avanti, ma un imbuto muscolo-membranoso in cui si aprono l'esofago e la laringe. Il meccanismo con cui queste varie forme ostacolano il passaggio dell'aria e degli alimenti varia leggermente a seconda del livello; del resto il caso IV ci mostra come nella regione laringea bastino piccole tumefazioni a produrre gravi disturbi, e questo si poteva ammetterlo anche *a priori*.

Il riconoscimento esatto della sede ha interesse per stabilire il metodo curativo opportuno.

Quando, chiamati a visitare un lattante, ci si riferisce che egli poppa stentatamente, che ricusa la mammella e interrompe spesso il succhiamento dando segni di dolore si stia bene in guardia e si cerchi di renderci subito conto dello stato della faringe che ben spesso è causa, colla sua dolorabilità, di questa disfagia. Si continui a tener d'occhio la faringe quando non si vedano sorgere segni palesi di altra malattia, cui si possano attribuire i vari fatti prima osservati; poichè per un certo tempo una leggera tumefazione in faringe, tanto più se situata in basso, può facilmente sfuggire nell'esame del paziente. È una sorveglianza che non impedisce nessun mezzo di cura nè di indagine e che può preservarci da qualche sorpresa.

Oltre a questi sintomi locali di cui alcuni, come il dolore, si possono più supporre che accertare, ne esistono dei generali che non hanno però nulla di caratteristico: tali sono l'insonnia, l'agitazione, la febbre, le grida repentine. Bene spesso le funzioni intestinali sono alterate, e

questo concorre a tirare in inganno, in quanto talora si considerano tali disturbi come causa principale dei fenomeni generali presentati dal bambino.

Fino a questo punto è raro che il medico venga consultato, giacchè fin qui si rientra nei fenomeni per cui la medicina di tutte le balie è ricca di rimedi e di cognizioni, non sappiamo poi quali più errati. La famiglia pensa alla dentizione, alla qualità del latte o ai vermi, questi vermi che hanno una parte tanto importante nella medicina popolare, o a mille altre cose proprio quando sarebbe il momento in cui il medico potrebbe fare una diagnosi, e sarebbe in tempo per rimediare a tutto.

Per solito invece, il primo fenomeno che impressiona realmente la famiglia e fa comprendere di trovarsi dinanzi ad un processo morboso di una certa entità, è la difficoltà del respiro e l' impossibilità di inghiottire. L'ostacolo al passaggio dell'aria è evidente in modo speciale nell' inspirazione, la quale è accompagnata da un rumore simile al russare. Il bambino tiene la bocca aperta, giacchè nel più dei casi le vie nasali sono chiuse o quasi; la voce è sempre alterata, ma in vario modo. Nelle forme alte essa prende un timbro nasale, si fa più fioca se la raccolta è più bassa e può divenire afona quando l'edema si sia diffuso alla parte superiore della laringe.

Intanto i movimenti del collo si fanno dolenti, dato il contatto del focolaio morboso colla colonna cervicale; per lo più il bambino tiene la testa rovesciata indietro e fissa, avendo con tal posizione il vantaggio di accrescere per quanto è possibile il calibro della cavità della retrobocca. Questa fissità del capo unita al dolore nei movimenti potrebbe far supporre ad una lesione della colonna cui l'accesso sia secondario; bisogna perciò informarsi del quando tale fissità è cominciata, onde eliminare tale erronea interpetrazione non della malattia in sè, ma della sua origine.

L'esame delle fauci dà a questo punto già dei segni evidenti: le tonsille e la mucosa faringea sono arrossate, e talora coperte da stratificazioni di muco che a prima vista possono simulare delle pseudo-membrane difteriche.

In certi casi poi si vede bene la parete posteriore della faringe sollevata dalla sua base d'appoggio, il che non lascia dubbio.

Palpando il collo da difuori si avvertono spesso delle tumefazioni nei gangli carotidei e sottomascellari; se poi l'ascesso tende a farsi strada nelle parti laterali allora nella regione sopraioidea laterale si sente una sporgenza piccola che dà senso di fluttuazione.

Ma la certezza della nostra diagnosi la potremo solo avere dall'esplorazione digitale della faringe. Muniti di un salvadito, che ci ripari dai morsi, si penetra rapidamente in faringe e si esplorano le sue pareti: se vi è ascesso, nel punto affetto sentiremo una tumefazione molle elastica, che dà l'urto di ritorno premendola, circondata da mucosa tumida per edema. Con questo esame ci si rende conto della posizione occupata dalla raccolta, della sua grandezza, ed anche si apprezza se tutta la ghiandola è fusa o se parte è ancora solida e compatta giacchè allora non vi è una densità uniforme.

Un artifizio per praticare meglio questo esame, che suscita sempre delle ribellioni nei piccoli pazienti, è quello di portare, subito che il bambino disserra un po' le mascelle, il dito a contatto colla retrobocca; allora il riflesso che si eccita ed il conseguente urto di vomito impedisce nuovi morsi e facilita l'indagine.

Si tenga però a mente che tale esame porta sempre un aggravamento nella respirazione, deve dunque esser fatto rapidamente e con molta cautela, ma completo da non doverci tornare una seconda volta.

Ho detto che si avverte l'urto di ritorno, e di questo occorre contentarsi per avere un concetto della esistenza di liquido nella tumefazione: è vero che Gillette afferma che si può anche percepire la fluttuazione introducendo i due indici a uncino nella bocca del paziente a cui ci si colloca dietro tenendone la testa appoggiata contro il petto, ma se tal metodo potrà applicarsi nell'adulto non so come sarà agevole in bambini di pochi mesi o più grandicelli ed irrequietissimi.

Altra ragione che obbliga alla più grande cautela in

questo esame, si è il pericolo che i movimenti bruschi, le grida o un urto del dito provochi l'apertura dell'ascesso con tutti i pericoli di cui ho detto. Vi sono stati casi in cui non sospettando nulla si è andati col manico del cucchiaio o altro ad abbassare la lingua: l'ascesso che stava per rompersi lo ha fatto durante l'applicazione di questo, di solito, innocente strumento e il bambino è rimasto soffocato dal fiotto di pus riversatosi nelle vie respiratorie. Contro tal pericolo io ricorro sempre ad un rimedio dei più semplici; non esamino mai un bambino in cui vi sia da sospettar qualcosa tenendolo a testa alta, ma lo faccio stare sdraiato colla testa bassa: così se per disgrazia l'ascesso si rompe, il pericolo è molto diminuito.

Lasciata a sè possiamo dire che questa malattia in un modo o nell'altro cagiona la morte: dunque occorre aggredirla prontamente non appena che sia accertata. La prognosi che possiamo fare varia assai a seconda del periodo in cui ci è dato fare la diagnosi. Un riconoscimento precoce dà il modo di combattere l'adenite ed insieme modificare lo stato delle mucose infette così da diminuire la quantità e virulenza dei germi che continuano a giungere ai gangli malati. Perciò nei primi stadi si ricorre agli impacchi caldi sul collo, alle inalazioni di vapor d' acqua ed alla nettezza delle fauci e della retrobocca con soluzioni leggermente antisettiche e detersive, quali il timol, l'acido borico, il borace fra le prime, la soluzione di bicarbonato di soda fra le seconde; anche qualche purgante che stabilisca una derivazione intestinale e che tolga le fermentazioni solite a svilupparsi nel tubo digerente in tali casi giova moltissimo, si userà il calomelanos o meglio l'olio di ricino naftolato.

Presa a questo punto si può molto sperare che la malattia abbia esito favorevole e non si arrivi alla suppurazione: ma come sappiamo quasi sempre si vede il malato quando il pus è già formato e vi sono fatti tali da imporre un immediato intervento che provochi lo svuotamento del cavo ascessuale.

Per arrivare a questo risultato si presentano due vie: o si apre l'ascesso attraverso la parete faringea o si lascia

questa intatta penetrando nel cavo ascessuale dalla via del collo.

L'apertura dalla faringe verrebbe ad affrettare e disciplinare uno degli esiti spontanei della malattia; dico disciplinare perchè essa tende a far sì che il pus si riversi nella faringe senza provocare i fenomeni mortali che provoca quando vi irrompe per rottura della parete. Questo metodo consiste nel praticare a mezzo di un bistourì sottile una lunga incisione nel tratto di parete che ricuopre l'ascesso: bisogna che durante tale operazione il pus non possa penetrare nelle vie aree, perciò si tiene il malato supino con un guanciale sotto le reni e con la testa pendente al difuori del tavolo o del letto. Con questo artifizio il liquido non può andare ad occludere la glottide e non vi è pericolo alcuno. Si abbia cura inoltre che l'apertura non sia ampia ad un tratto; perciò sarà bene infliggere la lama in modo che penetri secondo il suo asse maggiore e fori senza tagliare, allora essa stessa oppone un po' d'ostacolo all'uscita del pus, dopo si imprime alla lama un moto orizzontale per modo da allargare l'incisione di quanto si crede necessario.

L'operazione è molto facilitata se invece di lavorare soli dovendo andare sulla guida del dito un po' alla cieca si potrà disporre di un assistente che a mezzo di un apribocca da intubazione tenga divaricate le mascelle. È raro che la raccolta sia situata tanto in basso da non poterla raggiungere con un bistourì ordinario; sono stati costruiti dei faringotomi appositi, curvi e col tagliente reponibile; ma il loro vantaggio è assai debole, non si possono aver sempre sottomano e si ottiene lo stesso con un bistourì lungo di cui si sia fasciato il tagliente con cerotto fino a 1 ctm. circa dalla punta.

Il metodo endoorale ha il gran vantaggio di permettere un rapido intervento quando non si abbiano a mano tutte le comodità di assistenza e di ambiente necessari per l'operazione dal collo; ma per contro esso non permette l'uso di antisettici molto attivi e lascia l'incisione in faringe soggetta a chiudersi e provocare il ristagno del pus non essendo possibile applicare un drenaggio.

Il metodo per la via del collo, consigliato dal Boéchat, da Saint-Germain, Burckhardt e Sacchi è assai più esatto, ma richiede tutte le cautele, i mezzi e l'assistenza di una operazione asettica e da condurre attraverso una regione importante come è la laterale del collo. Si tratta di portare una incisione lungo il margine posteriore dello sterno-cleido-mastoideo a 3 o 4 cm. sotto l'angolo della mandibola, spostando in avanti i grossi vasi e facendosi strada con strumenti smussi fino alla regione retrofaringea. Così si arriva al punto della raccolta che può venire in tal modo aperta, irrigata di soluzioni antisettiche e drenata convenientemente.

Karewski consiglia l' incisione sul margine posteriore dello sternocleidò-mastoideo per gli ascessi posti molto in basso, mentre incide sul margine anteriore di questo muscolo per arrivare ad ascessi posti più in alto.

Come risultato curativo, i due metodi in genere si equivalgono. Per quello endoorale bisogna avere l'avvertenza di fare l' incisione grande onde evitare il suo richiudersi ed il conseguente riformarsi dell'ascesso, come avvenne in uno dei nostri casi: vi è in compenso la rapidità del sollievo portato al paziente. Per la via del collo si può meglio dominare la regione e un buon drenaggio ci mette al riparo dalle recidive; occorre però una tecnica rigorosa e gran cura dovendo attraversare molti tessuti sani prima di arrivare sul focolaio morboso.

Riassumendo, possiamo dire che nei casi di ascesso retrofaringeo acuto si hanno tante più probabilità di successo quanto più prendiamo rimedio a tempo; che pur troppo nel più dei casi il medico non è consultato se non quando la malattia è grave e consente una sola via d' uscita e che anche qui la prontezza è la prima dote di cui il curante deve valersi. Accertata la diagnosi ben esatta di sede e di natura, il curante scelga quel metodo di intervento che più gli pare opportuno nel caso speciale e che più si confà ai mezzi di cui dispone ed alle sue intenzioni. Fatto ciò intervenga subito, non lasci adito a dubbi o temporeggiamenti dei cui effetti potrebbe esser chiamato responsabile.

Ad ogni modo non dimentichi di far presenti alla famiglia i pericoli inevitabili che attendono il bambino non operando non solo, ma anche quelli che possono seguire all'operazione, vuoi che si tratti di accidenti operatorii veri e propri, vuoi di qualche complicazione insorta o per infezione generale o per diffusione locale o per infezione dell'apparato respiratorio ecc.

Il trattamento post-operatorio non si discosta dalle regole generali, si cerchi sempre di modificare lo stato delle mucose onde correggere la causa prima del male e si stia certi che, ben condotte le cose, non vi è pericolo se non nel trascurare e misconoscere una malattia di questa natura.

RASSEGNE

1. **La cassa del timpano, il labirinto osseo ed il fondo del condotto auditivo interno nell'uomo adulto.** (Tecnica di preparazione ed osservazioni anatomiche); per il prof. A. Ruffini. — Nella adunanza del 29 aprile 1901 dell'Accademia dei Fisiocritici l'O. fece questa comunicazione: mentre fino ad oggi non si era riusciti a trovare un metodo semplice e facile per la preparazione del labirinto osseo nell'uomo adulto, l'O., essendo ricorso all'uso della sega da traforo, ha potuto ottenere dei preparati molto dimostrativi ed eleganti. Questo istrumento per la sua pieghevolezza si presta facilmente ad essere manovrato in ogni senso, per modo che è facile seguire tutti i giri e le anfrattuosità della parte ossea dell'organo dell'udito, e per la sua sottigliezza dà sulla linea di taglio una perdita di sostanza quasi trascurabile.

In una serie di proparati l'O. ha potuto mettere in evidenza alcune particolarità anatomiche o male interpretate (riguardo alla loro direzione e posizione), o non poste in evidenza dagli anatomici.

Così la conformazione e direzione della cavità del vestibolo, i rapporti delle sue pareti, lo sbocco degli orifizï dei canali semicircolari, la posizione delle macchie cribrose (due delle quali sfuggite alle precedenti osservazioni) ricevono qui una completa e chiara delucidazione, accessibile ogli occhi di tutti.

Del canale osseo cocleare tre punti resteranno ancora o insoluti o dubbi: la esatta e costante posizione della punta della chiocciola sulla parete interna del vestibolo, la direzione e configurazione della prima porzione del primo giro e la direzione dell'asse della medesima sulla base del cranio nella posizione naturale dello stesso. L'O. ha potuto stabilire: che la punta della chiocciola, nell'adulto, sta a

a 4, od al massimo, a 4 $^1/_2$ mm. al davanti del margine anteriore della finestra ovale ed immediatamente sotto al *semicanalis tensoris tympani;* che la prima porzione del primo giro, essendo conformata ad S, viene dall'O. chiamata *porzione sigmoidea dal primo giro*, con decorso e disposizione del tutto caratteristica delle due rampe o scale; che l'asse della chiocciola, sebbene non sia possibile determinarlo con esattezza matematica, va secondo una linea che dalla doccia o solco longitudinale della faccia interna dell'occipitale tocchi l'apofisi marginale dell'osso malare, costituendo, così, l'ipotenusa di un triangolo rettangolo che è facile costruire sulla base del cranio.

La disposizione del fondo del condotto auditivo interno è del tutto singolare e diversa da quella che si è descritta fino ad oggi dagli autori. Questo fondo risulta disposto in due piani convergenti ad angolo acuto in una intersezione. Dei due piani uno è anteriore e l'altro esterno. Nel primo, che è la diretta continuazione della faccia anteriore del condotto auditivo interno, troviamo il cribro spiroide o *area cocleare*, non che l' orifizio del canale di Falloppio, posto in alto ed in vicinanza dell'intersezione. Nel secondo non osserviamo altro che il *foramen singulare* di Morgagni, posto in basso e posteriormente. L'*aria vestibularis superior* e l'*area v. inferior* si trovano parte lungo l'intersezione, di cui la prima al disopra e l'altra al disotto della cresta falciforme, che vedesi rilevata sui due piani e sulla intersezione, seguente l'andamento dei due piani medesimi. Il *vero fondo* del condotto auditivo interno è costituito adunque dal piano esterno del medesimo, il quale piano corrisponde esattamente alla parete anteriore del vestibolo. (*Atti della R. Accademia dei Fisiocritici* in Siena; Anno accademico 210, serie IV, vol. XIII, n. 4, 1901).

2. **Occhio e Naso**; per il dott. Ziem di Danzica. — Dal *Bollettino di Oculistica* del prof. Simi (15 aprile 1901), togliamo che l'autore procura di far conoscere la utilità che può ricavarsi dal medicare le malattie nasali nei caterattosi. Lo Ziem in cinque casi di cateratta incipiente ebbe sensibile miglioramento *del visus*, praticando irrigazioni nasali e dei seni mascellari con soluzione fisiologica di cloruro di sodio, od applicando un vessicatorio ai *processi mastoidei.* E di tal fatto procura di dare la spiegazione sia calcolando sulla possibile modificazione oculare, sia sulla cessata intossicazione una volta che il pus è remosso da quelle cavità. Come ciò avvenga non possiamo saperlo, ma ad ogni modo può essere utile curare la ritnite coesistente con un catarro in esordio, poichè si può esercitare una buona influenza ad un tempo sulla affezione nasale e sui disturbi oculari.

L'A. si spinge a dire che questa cura può fermare lo sviluppo della cateratta, come lo ha veduto in un vecchio di 70 anni affetto da rinorrea purulenta con perforazione sifilitica del setto nasale e da cateratta incipiente (*Sem. méd.*, n. 65 e *Archives* di D. Suarez de Mendoza, febbraio 1901).

NOTIZIE VARIE

L'Oto-rino-laringologia a Palermo. — Il Prof. Antonino D'Aguanno Libero Docente, è stato nominato direttore del turno speciale oto-rino-laringojatrico nello Spedale di San Severo di Palermo, posto occupato dal compianto collega Dott. G. Ficano.

Società italiana di Oto-rino-laringologia. Il Sesto Congresso di questa Società, che doveva aver luogo in Roma verso la fine di ottobre, come fu da noi annunziato, è stato differito.

Utili pubblicazioni. — Abbiamo ricevuto varie dispense della nitida pubblicazione del Docente Dott. P. H. Gerber « Atlas der Krankheiten der Nase » della cui utilità abbiamo già parlato in uno dei precedenti fascicoli. L'opera che esce a dispense è pubblicata in *Berlino* dal KARGER S., Karlstrasse, n. 15.

La Società editrice REBMAN, *129 Shaftesbury Avenue*, *Cambridge Circus*, *London*, *W. C.*, ha pubblicato e vende al prezzo di 5 scellini la seconda edizione dell'*International Directory of Laringologists and Otologists*, compilato da Richard Lake, F. R. C. S. Eng.

Sull' acqua ferruginosa arsenicale Civillina, di proprietà Chilesotti, condotta da Guido Cibin, di Schio. Memoria redatta per cura del dott. PERACCHIA ANACLETO.

Nell' ultimo Congresso Lombardo-Veneto (IX) tenutosi a Brescia l' A. presentò un coscienzioso lavoro, che egli qualifica per *brevi note* sull' acqua minerale CIVILLINA Chilesotti, mentre per l'accuratezza e le molte notizie che si leggono in questo scritto, esso merita di essere considerato come una vera e propria monografia.

Il dott. Peracchia ha fatto benissimo a far meglio conoscere in Italia un rimedio naturale così prezioso quale appunto deve considerarsi l' acqua Civillina, rimedio in cui sono riuniti in mirabili proporzioni il ferro, l' arsenico ed il manganese. Sono questi, come ogni medico sa, i principali ricostituenti del regno minerale di cui abbisogna l' umano organismo. L' acqua Civillina deve quindi considerarsi come una delle più perfette e complete preparazioni offerte dalla natura per correggere gli stati anemici, e nevroastenici, ed il medico italiano deve ricorrere a tale mezzo terapeutico col doppio scopo di avvantaggiare l' umanità sofferente e di incoraggiare la ricchezza nazionale.

In questa memoria sono ricordate le generalità dell' acqua minerale, i dati topografici e geologici del monte Civillina, da cui scaturisce, la storia della sorgente, la sua composizione chimica e le qualità fisiche. In separati capitoli l' A. tratta della efficacia di questa fonte e della sua azione nell' umano organismo. Durante la cura con l' acqua *Civillina* si osserva l' aumento del peso del corpo e l'aumento dell' urea nell'orina, che indica un più attivo ricambio materiale.

La memoria termina con la enumerazione degli stati morbosi nei quali è indicata la *Civillina* e le dosi della medesima. Essendo un' acqua molto ricca di ferro, arsenico e manganese, si usa a piccole dosi, quindi anche dal lato economico è un' acqua minerale raccomandabile per tutte le classi sociali.

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1901 — Tipografia Luigi Niccolai, Via Faenza, 44.

Anno XIX. **Firenze, Decembre 1901.** **N. 12.**

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Sulla efficacia del metodo di Czerny-Trunececk

PER IL

trattamento incruento dei tumori maligni nel campo della oto-rino-laringologia

per il Dott. T. BOBONE (Sanremo).

La pretesa di poter guarire i tumori maligni — il cancro specialmente — senza operazione fu, nei tempi addietro, accampata esclusivamente dai ciarlatani di ogni paese. Qualche caso fortunato, nel senso che un grossolano errore di diagnosi, commesso magari da un medico autentico, ha permesso di veder guarire, dopo qualche applicazione di maciulla d'erbe miracolose, o l' ingestione di un roob qualsiasi, per lo più molto caro, od anche di qualche innocente granulo Mattei, dei pretesi cancri, fu più che sufficiente a tener sempre vivi l' interesse e le speranze di coloro che han l'orrore del coltello, ed a provvedere quei specialisti in truffa di una buona clientela.

D'altra parte i medici laureati, i chirurghi specialmente, non vogliono, meno poche eccezioni, ammettere che, dato un epitelioma, un carcinoma, un sarcoma, ecc. sievi speranza di salvezza all' infuori del coltello, del cucchiaio

o d'altro equivalente chirurgico, e si disinteressano completamente dei malati che non vogliono lasciarsi operare, o che ritengono non più operabili.

È bene ricordare, però, che dei tentativi di guarigione dei tumori maligni con mezzi non chirurgici se ne fecero ripetutamente da chirurghi veri e rinomati. Basta citare quelli col cloruro di zinco, colla resorcina, colle pioctanine (cura tintoria dei tumori), coll'acido lattico, cromico, arsenioso sotto forma di polvere o di pasta, colla tintura del Fowler, che Billroth propose in iniezioni parenchimatose nei linfomi, ecc. Fu pubblicato, a quando a quando, qualche successo che non si può aver ragione alcuna per dubitare che sia stato non che reale. Ricordo, per mia parte, d'aver trattato nel 1880 con le iniezioni alla Billroth un voluminoso linfoma maligno del collo, inoperabile, e di averne avuto un risultato sodisfacentissimo.

Pochi anni fa Czerny e Trunececk proposero alla lor volta di trattare i tumori maligni, specialmente gli inoperabili, con l'acido arsenioso in soluzione acquoso-alcoolica. Questo processo essendo basato sull'azione dell'aria sull'acido arsenioso esige che il tumore sia all'esterno, o in cavità dove l'aria circoli, essendo necessario il contatto continuo dell'aria sulla superficie ulcerata.

Le soluzioni adoperate dagli autori sono tre: la più debole è all' 1: 150, la media all'1: 100, la forte all'1: 50.

Come veicolo servonsi di parti eguali di acqua e di alcool etilico.

La tecnica è ben semplice: pennellare dapprima la superficie del tumore una volta al giorno, e per lo spazio di due o tre giorni, colla soluzione debole. Nei giorni che seguono si pennella l'escara colla soluzione media, indi colla forte.

I buoni risultati che Czerny e Trunececk dicono d'aver ottenuti col loro metodo furono già confermati da parecchi colleghi, tra i quali citerò *Hermet* (Soc. de Dermatol. et Syphiligr. de Paris, mars 1898) che guarì un epitelioma, *Costiniu* di Budapesth (Allg. Wien. Mediz., Zeitung 15 nov. 1898) che guarì un epitelioma del naso e vide migliorare grandemente un cancro del laringe ed un can-

cro dell'amigdala e della base della lingua inoperabile; *Ieanbran* (Presse Médic., 10 sept. 1898) che guarì un epitelioma del labbro e *Pontremoli* di Monaco (Monaco Médical, 1 août 1900) che vide guarire rapidamente e completamente un epitelioma della faccia, inoperabile.

Appena avuta cognizione del nuovo processo Czerny-Trunececk decisi di sperimentarlo alla prima occasione, e nello spazio di 3 anni ho potuto raccogliere un certo numero di osservazioni, sì nel campo della specialità che fuori di esso, parte indicanti un successo, parte un insuccesso, delle quali riporterò per brevità le cinque seguenti:

Osservaz. 1ª. — È anche la prima in data, che m'invogliò, vista la rapidità della guarigione, a sperimentare il metodo su altri pazienti. Riguarda un campagnolo di 80 anni, robusto e bene in salute, venuto a consultarmi nella primavera del 1898 all'Istituto Oftalmico-Otologico per un epitelioma tipico, grosso come un marrone, ulcerato, che portava sulla tempia sinistra un po' all'infuori dell'angolo esterno dell'occhio. Il tumore per sè non gli dava grande fastidio, ma quando il malato metteva il suo pesante berretto di lana rossa e nera, che i campagnuoli di qui usano generalmente, questo, appoggiando sul tumore, lo irritava e lo rendeva doloroso.

Gli proposi l'escisione, che il malato rifiutò dicendo che vista la sua età, per quel poco che gli restava da vivere non valeva la pena di correre il rischio di una operazione, nè di soffrire. Allora gli proposi le pennellature di soluz. di acido arsenioso. Preparata, all'uopo, la soluzione media, 1 : 100, tolsi la crosta che copriva la superficie ulcerata del tumore, e pennellai. Al quarto giorno era già visibile il rimpicciolimento di esso. Siccome l'escara si distaccava, la portai via colla pinza e continuai le pennellature giornaliere. Più tardi, continuando il tumore a scomparire, non pennellai più che ogni 3-4 giorni.

Due mesi dopo il principio della cura non restava più che una piaga superficiale, granuleggiante, circondata da un cercine biancastro cicatriziale, che andò rapidamente sempre più restringendosi fino a che al posto dell'epite-

lioma si trovò una solida e piana cicatrice. La cura durò due mesi e mezzo.

Osservaz. 2ª. — G. M., benestante, di salute delicata, ha 86 anni. Durante l'inverno 1898-99 fu in fin di vita per una bronco-polmonite. Già prima di questa malattia aveva notato, sul dorso del naso, tra i due occhi, un epitelioma grosso come un fagiuolo, che non la preoccupava di troppo. Durante la bronco.polmonite e la lunga convalescenza l'epitelioma ingrossò, sicchè nel maggio del 1899, epoca in cui la malata mi pregò di farle qualche cosa, aveva raggiunto le dimensioni di un' avellana.

Considerata la grave età e lo stato depresso delle forze della paziente non pensai nemmeno un istante ad un atto operativo. Tentai dapprima le pennellature d'acido lattico poi d'acido cromico, entrambi in soluzione di 50 $^0/_0$, con poco o nessun successo. Indi passai a quelle di acido arsenioso usando prima la soluzione all' 1 : 100, poi quella all' 1 : 50. Feci pennellare ogni giorno, togliendo l' escara. Il dolore era minimo. Il tumore si rimpiccolì presto: due mesi dopo era scomparso, lasciando a suo posto una cicatrice bianca, un po' irregolare.

Osservazione 3ª — G. B. P. ex capitano di mare, ora negoziante, d'anni 56, soffriva da molti anni di faringite con ipertrofia dell'ugola e della tonsilla linguale affezione cominciata e cresciuta durante i viaggi, in cui il malato fumava molto e beveva alcolici. Da molto tempo non fuma più e beve moderatissimamente!

Nel luglio 1898 trovo sulla corda vocale sinistra delle vegetazioni: la corda è ispessita, la parete sinistra del laringe arrossata, un pò tumida. Sospetto un epitelioma e, profittando di un viaggio che il malato doveva intraprendere per affari, lo consiglio a consultare qualche collega. Lo vedono a Milano Labus e Niccolai, si pronuziano entrambi per un epitelioma, propongono l'asportazione previa laringofissione. Il malato, che ha affari che necessitano la sua presenza costante all'ufficio e che, inoltre, per ragioni di famiglia, non solo non vuol esporsi al rischio dell'operazione, ma nemmeno vorrebbe sia noto che ha una affezione di quella fatta, rifiuta netto l'atto operativo mentre

mi lascia libero di fargli quel che credo e posso per le vie naturali.

Comincio a pennellare il tumore colla soluz. di acido arserioso 1 : 150, ogni due giorni. Non ne soffre menomamente e non s'hanno reazioni tardive. Passa così tutto il 1898. Al principio dell'anno 1899 il malato sta decisamente meglio, ha la voce meno rauca, il respiro libero, s'occupa dei suoi affari tutto il giorno parlando moltissimo senza sentirne stanchezza.

Nel collo non sonvi gangli tumefatti. Porto il tasso della soluzione all'1: 100 e più tardi visto che è benissimo tollerata, all'1: 50. Il paziente stette discretamente tutto l'anno; Il tumore, nel frattempo, era diminuito di volume, e talvolta era sì poco sporgente nella cavità laringea da lasciar sperare la sua scomparsa. L'anno che seguì, 1900 le cose continuarono bene fino al febbraio, epoca in cui l'ammalato subì un'attacco di influenza con consecutiva bronchite che per 40 giorni obbligarono a sospendere ogni cura del laringe. Quando rividi il paziente il tumore era di nuovo sporgente nel cavo laringeo, e tutto il laringe congestionato. Ripresi la cura locale, seguita tosto da un miglioramento marcato. Nel maggio, altra lunga interruzione della cura avendo il paziente contratta una bronco-polmonite, e, a poca distanza, un'artrite. Nel frattempo il tumore crebbe di nuovo e la voce divenne assai rauca, nel mentre che un po'di dispnea tormentava il malato, specialmente di notte. Allorchè lo rividi non potei trovare nel collo traccia di gangli e siccome non aveva più ragione alcuna per nascondere la sua malattia, lo consigliai a recarsi a Genova (giugno 1900) per farsi fare la laringofissione, od anche l'estirpazione del laringe. Fu trovato troppo debole a causa delle ripetute malattie infettive sofferte per sottoporlo all'operazione radicale: questa fu rimessa a più tardi ed il malato fu intanto tracheotomizzato.

Quando ritornò ripresi la cura locale, e vidi nuovamente il tumore rimpiccolirsi. Il paziente riprese poco a poco la forza, e, quando, più tardi, gli dissi che poteva sopportare l'operazione radicale, che però non gli avrebbe

ridato la voce, di cui abbisognava più di tutto, non ne volle piò sapere.

Passò così tutto l'autunno del 1900 e l'inverno del 1900-1901, durante il quale periodo il paziente non ebbe altri fastidi che quelli che gli occasionava la cannula. Egli, ch'era diventato molto sensibile all'aria fredda inspirata attraverso la cannula, fece vita più ritirata, e non venne a farsi medicare che 3-4 volte al mese. Ciò non ostante il tumore non cresceva più.

Verso la fine di maggio andai in vacanze e lasciai l'ammalato in uno stato assai soddisfacente, sebbene un nuovo attacco di bronchite l'avesse tenuto di nuovo assai lungamente a letto. Verso la metà di giugno fu colto quasi improvvisamente da accessi di soffocazione, incalzanti, che in tre o quattro giorni lo spensero coi sintomi dell'asfissia. Il medico che l'assistette dissemi d'aver riscontrato un ganglio ingrossato, assai duro, nella fossa sottoclavicolare sinistra, e d'aver attribuito la morte a compressione dei bronchi fatta da gangli peribronchiali ingrossati.

Non vi fu autopsia, e non fu quindi possibile determinare la causa vera del decesso. Resta però il fatto che fu possibile, per lo spazio di tre anni, tenere a bada un tumore laringeo maligno, permettendo all'individuo che ne era affetto, di vivere e fare i suoi affari presso a poco come un uomo sano. Le pennellature d'acido arsenioso impedirono evidentissimamente al tumore di crescere, ed è lecito credere che senza le ripetute e gravi infezioni generali a cui il malato soggiacque e che, oltre all'obbligare a troncare la cura, hanno avuto certamente un effetto sfavorevole sul tumore, si sarebbe, forse, riusciti a distruggerlo completamente.

Osservazione 4ª. — Garibaldi Gerolamo, d'anni 83, mendicante, fu, in altri tempi, agiato, bell'uomo, ricercato nel vestire, e curante della sua persona. Questa vecchia abitudine, che gli rimase, lo condusse, in principio di quest'anno, alla consultazione all'Istituto Oftalmico-Otologico per farsi estirpare un'escrescenza nata sul padiglione dell'orecchio sinistro, che deturpava la sua fisonomia.

Trattavasi d' una verruca a forma di ventaglio, impiantata sulla parte più elevata dell'elice, ed innalzantesi verticalmente verso la fossa temporale in forma di cresta di gallo. Era grossa come i due terzi del padiglione, assolutamente indolora , solo che quando il paziente metteva il cappello , il bordo di questo la faceva piegare orizzontalmente verso l'esterno.

Volli sperimentare dapprima l'effetto delle pennellature con acido arsenioso 1 : 100, ma non fu possibile ridurre la verruca ; che anzi dopo una dozzina di pennellature la si fece rossa, gonfia, dolente al tatto, sicchè fui costretto a sospendere la pennellatura e calmare l' irritazione con bagni d'acqua vegeto-minerale.

Quando vidi la verruca ritornata allo stato primitivo ed indolente, la tolsi coll'ansa galvanocaustica.

Osservazione 5ª. — C. A. di anni 56, medico, ha un cancro, inoperabile, della parte destra della lingua. Nel collo, a destra, numerosi gangli infiltrati. Il tumore poggia sull'arcata dentaria inferiore, i cui denti son ridotti a schegge puntute di corone rose dalla carie, che s' infiggono nella massa del tumore, producendovi un' ulcerazione longitudinale, che dà luogo, di quando in quando, ad emorragie, del resto poco significanti.

Gli proposi le pennellature colla soluzione di acido arsenioso 1:100, che gli prescrissi ai primi dello scorso luglio. Si formarono bensì delle escare, ma piccole, di guisa che se una parte della superficie del tumore si distruggeva, era largamente compensata la perdita dal più rapido crescere del medesimo. Si continuò, tuttavia, la cura per qualche giorno, finchè una volta, al cader di un'escara, successe un'emorragia piuttosto imponente, che durò parecchie ore. Si ritenne miglior consiglio desistere da ulteriori pennellature.

Conclusioni. — Dalle osservazioni riportate, e da qualchedun'altra, che rimane consegnata nelle mie note, mi son fatto, in ordine all'azione delle pennellature di acido arsenioso consigliate da Czerny e Trunececk, la opinione seguente :

1.° Le pennellature con la soluzione acquoso-alcoo-

lica di acido arsenioso, hanno un'azione decisiva sull' epitelioma. Sono capaci di guarirlo radicalmente, e tanto più sicuramente quanto più è situato sulla superficie del corpo, vale a dire continuamente esposto all'aria.

2.° Le dette pennellature non mi sembrano capaci di poter guarire le altre specie di cancro: tutto al più, in favorevoli circostanze, possono ritardarne la evoluzione, distruggerne dei pezzi, recar sollievo ai malati che ne sono affetti.

3.° Le neoformazioni verrucose della pelle resistono all' acido arsenioso, e possono da quest' ultimo venire irritate.

4.° Le affezioni lupose sono bensì migliorate, ma la recidiva pronta indica che il focolaio esiste tutt'ora.

5.° Non essendomene capitato ancora alcun caso nulla posso dire dell'azione delle pennellature d'acido arsenioso sul sarcoma e rispettivamente sul linfo-sarcoma.

Ad ogni modo il metodo Czerny-Trunececk dev'essere accolto come un buon acquisto in terapeutica. Esso ci permetterà qualche volta di poter guarire, tal' altra di migliorare dei malati che rifuggono da qualunque idea di atti operativi e che, abbandonati da noi, cascherebbero nelle mani dei medicastri da strapazzo, o dalle sonnambule, con grande scapito loro e disdoro per la nostra scienza.

RASSEGNE

1. **Sopra un segno tracheoscopico dei corpi stranieri nell' esofago;** pel dott. Camillo Poli. — L'A. richiama l'attenzione sul fatto che egli, nell'osservare col laringoscopio una vecchia signora che aveva ingerito una scheggia d'osso e risentiva dei forti dolori nella deglutizione, notò a livello del 6° o 7° anello tracheale una tumefazione che spingeva in avanti la parete membranosa della trachea stessa.

Egli attribuì la sporgenza alla scheggia rimasta incuneata nell'esofago a quel livello onde essendovi da un lato la colonna vertebrale non poteva avvenire la sporgenza che verso la trachea. L'A. nota come tale reperto abbia importanza perchè non vi erano disturbi del passaggio dell'aria e perchè l'esame laringo-tracheoscopico colla sua semplicità mette a disposizione del medico un mezzo si-

curo per riconoscere la presenza di corpi stranieri nella porzione alta dell'esofago.

Dopo passata una sonda esofagea il dolore persistette, ma sparì la tumefazione tracheale: poco a poco pure il dolore cessò accennando che il corpo straniero era andato via quando lo sparito segno tracheoscopico lo indicò e che il dolore era persistito ancora per la lesione della parete esofagea. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Genova*. Anno XVI, n. IV). LIGORIO (Firenze).

L'estratto di capsule surrenali in rinologia per il dott. BUYS (Circolo medico di Bruxelles, giugno 1901) — Una delle cause di ostruzione delle vie nasali è da cercare nei disturbi vascolari quali si possono avere nella corizza cronica e nella febbre del fieno. In tal caso vi è sempre una paralisi dell'apparecchio cavernoso della mucosa nasale ed è a questo che occorre volgere la terapia (pennellature, massaggio, vapore d'acqua, aria surriscaldata).

Ultimamente si è consigliato l'estratto di capsule surrenali per la sua azione vasocostrittrice, ma il rimedio così dato è di azione incerta, perchè, oltre a un principio vasocostrittore, ne contiene pure uno vasodilatatore; infatti a volte si ebbe iperemia secondaria più forte e fino emorragie. Migliore è l'uso di spugnature e frizioni con tale estratto. L'A. fa preparare una miscela di $^1/_{10}$ di estratto in polvere con zucchero di latte. Ciò è meno energico ma assai pratico, utile nelle corizze acute, nella febbre del fieno e nelle forme catarrali croniche. Prima di interventi sulle vie nasali questo estratto è utile per ampliare il campo operativo visibile meglio che la cocaina stessa (*Arch. de méd. et chir. spéciales*, settembre 1901).

LIGORIO (Firenze).

3. **Nevralgia nasale per cicatrice galvano-caustica del cornetto inferiore;** per il dott. M. LERMOYEZ. — Una giovane di 19 anni era da tempo affetta da rinite ipertrofica che venne curata con raschiamento del tessuto degenerato e con applicazione di qualche punta di fuoco e strisciamento dell'ansa galvano-caustica sul cornetto inferiore destro. Le vie nasali si fecero sgombre ma vi è una intensa nevralgia sotto-orbitaria destra: questa resistè ad ogni cura per oltre 5 mesi finchè esaminando accuratamente il territorio del nervo mascellare superiore, l'A. trovò un punto dolorosissimo al disopra dell'ala destra del naso all'emergenza del ramo naso-lobare. Ivi era una zona di iperestesia in corrispondenza di una cicatrice da galvanocaustica sul cornetto inferiore destro.

Praticata la turbinotomia del cornetto inferiore destro la nevralgia cessò rapidamente.

L'esame del tessuto asportato mostrò una cicatrice della mucosa aderente all'osso, vi erano dei filetti nervosi sottilissimi sani e infine un piccolo nevroma traumatico rimasto compreso e serrato nella trasformazione fibrosa della mucosa nasale. Esso era il punto di partenza della nevralgia che affliggeva la malata e difatti bastò l'aspor-

tazione di esso e del tessuto in cui era serrato perchè questa sparisse. (*Archives internatianales de Laryngologie, otologie ecc.* XIV n. 4).

LIGORIO (Firenze).

4. **Un caso di vertigine nasale guarito colla asportazione bilaterale di una porzione del setto;** per il dott. SUAREZ DE MENDOZA. — L'A. riferisce di una signora trentaduenne la quale presentava, ogni volta che passava dal freddo al caldo o stava in un ambiente assai caldo o veniva presa da corizza, delle vertigini spesso gravi e che giungevano fino alla caduta.

La signora abitualmente godeva buona salute, aveva avute 4 gravidanze di cui le ultime due complicate da albuminuria e 5 anni fa ebbe una influenza per la quale rimase sorda per un certo tempo. Si rimise da questa infermità a mezzo di cure elettriche ecc., ma residuò il disturbo ora accennato.

Contro queste vertigini furono esperimentati vanamente diversi metodi di cura: all'esame praticato dall'A. fu trovato sano l'apparato uditivo e la cavità nasofaringea. Esaminando le fosse nasali fu trovato il setto fortemente inspessito rigonfio dai due lati in modo da produrre l'effetto di un cornetto ipertrofico. Le polverizzazioni e pennellature con soluzione di cocaina 5 °/o portarono una cessazione delle vertigini per modo che potè loro essere assegnata una origine nasale.

Siccome la mucosa dei cornetti era quasi normale l'A. decise di di non impiegare su di essa il galvano-cauterio ed invece a mezzo di una sega tubulare asportò sui due lati, due lembi del setto applicando due tubi-tamponi che rimosse dopo 12 ore sostituendo col tamponamento di garza.

La cicatrizzazione procedette regolarmente e da allora non si ebbero più vertigini.

L'A. su 15 casi riportati nella letteratura trovò che almeno in 12 si poteva constatare la compressione o l'irritazione del setto per ipertrofia della mucosa o per polipi, sequestri o corpi estranei.

Perciò è sempre dal lato del setto che occorre ricercare il punto di partenza di una vertigine nasale. (*Arch. de méd. et chir. speciales*; anno II, n. 7, luglio 1901).

LIGORIO (Firenze).

BIBLIOGRAFIA

Die Hypertrophie der Rachentonsille. (*L'ipertrofia della tonsilla faringea*); per il prof. G. GRADENIGO.

Il libro di 212 pagine con 3 tavole litografate e numerose figure nel testo forma il 4° fascicolo del 4° volume dei « *Klinische Vorträge* « *aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie* » pubblicati dall' Haug di Monaco. È un lavoro in parte di compilazione, nel

quale è riprodotta l'essenza delle pubblicazioni fin qui fatte sull'argomento, senza dimenticare la non disprezzabile letteratura italiana, ed in parte originale in quanto che l'autore vi include i risultati della sua esperienza e le sue vedute personali.

Il lavoro è diviso in 12 capitoli: Definizione, Storia, Anatomia normale ed Embriologia, Fisiologia, Statistica, Eziologia, Anatomia patologica ed Istologia, Istologia patologica, Sintomatologia, Diagnosi, Prognosi, Terapia.

Già fin dalle prime pagine risulta chiaro che il concetto odierno che si ha della iperplasia adenoide è ben diverso dal concetto che ne ebbero H. Meyer ed i primi autori che ne scrissero dopo di lui. Oggi il campo della malattia si è piu allargato, possiamo dir quasi che è stato invaso dalla tonsilla faringea che se ne è accaparrata la maggior parte. Quelle che Mayer chiamò Vegetazioni Adenoidi, per la loro forma a stalattite che presentano, non esisterebbero che eccezionalmente isolate sotto quella forma, anzi non rappresenterebbero che una parte dell'affezione, il cui corpo principale siede nella tonsilla faringea ipertrofica. Questo è il concetto dell'autore, che la maggior parte degli otologi ora sembra dividere. Così considerata la malattia non si può più parlare di vegetazioni adenoidi, conservando un nome che, nella maggior parte dei casi, non risponde più alla forma clinica quale ora si presenta o s'intende, motivo per cui Gradenigo propone il nome di *Ipertrofia adenoide* da sostituirsi allo antico.

Parlando della storia l'A. rileva como gli autori precedenti a Mayer ebbero una conoscenza abbastanza netta dei sintomi provocati dall' ipertrofia adenoide senza conoscerne la causa, sebbene qualcuno vi sia andato ben da vicino, preparando il terreno a più fortunate investigazioni ulteriori.

L'embriologia e l'anatomia normale, non che la fisiologia sono largamente trattate, fondandosi specialmente sui lavori di Froriep, Kölliker, Schwabach, Trautmann, Tornwaldt, Bosworth, Beckmann, Lexer, Killian, Luschka, Heldeson, Pirera, Masini ed altri, i quali enunciarono volta a volta differenti teorie, per nessuna delle quali è ancora permesso il dichiararsi recisamente. Gradenigo crede le funzioni delle tonsille più complicate di quanto si ammette: forse è in giuoco una secrezione esterna, in rapporto colla digestione, ed una interna, in rapporto colla ematopoiesi e con una certa protezione dell'organismo contro le infezioni.

Nel capitolo riguardante la statistica l'autore studia la frequenza dell'iperplasia adenoide negli scolari (5 °[o) nei soldati (10-12 °[o) nei ragazzi malati in genere (20 °[o) nei sordomuti (qui vi sono enormi differenze a seconda dei varii autori, varianti da 1 a 40 °[o con una media che va da 10 a 20 °[o), negli affetti da malattie d'occhi, naso e gola. Ammette che la differenza dei climi possa influire sulle differenze dei risultati ottenuti, senza attribuirvi, però, troppa importanza. Come momenti eziologici più importanti cita; 1° l'eredità,

2° il clima, 3° una autointossicazione da disturbata funzione della tiroide, o da alterazione della ipotetica secrezione interna della ghiandola, rilevando che quest'ultimo momento eziologico non ha ancora molto fondamento; 4° cause dirette, quali infiammazioni recidivanti, reumatismo, umidità delle abitazioni, del clima, difetti congeniti del palato, esantemi, e così via.

L'anatomia l'istologia e la patologia son trattate con molta larghezza, esatta conoscenza della letteratura, ed illustrate da numerose figure e tavole. Per sua parte egli distingue: 1° l'ipertrofia pura della tonsilla faringea, tipo il più frequente, che riscontrasi a preferenza in soggetti sotto ai 15 anni; 2° l'ipertrofia diffusa al tessuto adenoide del faringe nasale, che si osserva per lo più sulla volta, e si estende sulle pareti laterali. Questo tipo merita il titolo di vegetazioni adenoidi in senso stretto, e si trova a preferenza negli adulti; 3° disposizione irregolare del tessuto linfoide, forme di passaggio dell'ipertrofia adenoide al catarro cronico del rinofaringe. S'incontra a preferenza sopra i 20 anni.

Nel trattare l'istologia patologica della tonsilla faringea l'autore si poggia, oltre che sulle investigazioni altrui, segnatamente sulle proprie e su quelle dei suoi assistenti Luzzatto e Calamida.

La tubercolosi della tonsilla faringea è trattata in un capitolo a parte, il che indica che l'autore non è disposto a seguire l'esempio di alcuni colleghi francesi, che vollero fare parecchie sottodivisioni dell'ipertrofia adenoide, inglobando in essa, sotto le denominazioni di vegetazioni adenoidi o sifilitiche, linfoadeniche, tubercolari, dei processi patologici che coll'ipertrofia adenoide semplice han nulla da fare. Questo concetto fu già esposto da noi nel nostro lavoro presentato al 6° Congresso Internazionale di otologia a Londra, e siamo ben lieti di constatare di non essere rimasti soli in questa opinione.

Premesse alcune pagine sulla fisiologia del respiro l'A. espone, in seguito, i sintomi dell'ipertrofia adenoide dividendoli in *generali*, provocati dalla insufficiente ossidazione del sangue, ed in quelli dati dall'insufficiente volume d'aria inspirata per la bocca, dalle qualità irritanti dell'aria così inspirata, dalle alterazioni locali prodotte dall'insufficiente respiro per il naso e da quelle occasionate dalla mancata o difettosa funzione del rino-faringe. Enumera poi i sintomi *speciali* dati dalla difettosa funzione degli organi che servono alla formazione della parola e, da ultimo, i sintomi riflessi.

In ordine alla diagnosi l'A. dice occorre distinguere i casi di ipertrofia manifesta da quelli di ipertrofia latente. A quest'ultima devesi la grande differenza delle statistiche dei varii autori. In questi ultimi casi manca l'abito adenoideo. I sintomi generali e gli auricolari per essi soli non sono caratteristici dell'iperplasia adenoide. La diagnosi più esatta è quella fatta con la rinoscopia, la rinofaringoscopia diretta e la palpazione.

Il capitolo che riguarda la terapia è uno dei migliori e più completi. Vi si tratta la cura generale e locale, specialmente operativa.

Lo terminano una quantità di regole a cui attenersi affinchè l'operazione riesca completa, comoda, innocua.

Dalla cura generale (idroterapia, bagni di mare, ginnastica, vita all'aria, igiene, nutrizione) l'A. ebbe qualche risultato solo in casi di ipertrofia moderata. Tra i rimedii giovarongli l'iodio per bocca. od iniettato nei glutei. Enumera le indicazioni e le controindicazioni dell'atto operativo. Tra quest'ultime mette la debolezza, le malattie discrasiche, specie le esantematiche dei bambini, certe infiammazioni del faringe nasale, le epidemie dominanti di angina, la difterite, l'influenza. La tubercolosi non stabilirebbe controindicazioni. I processi operativi son distinti in incruenti e cruenti. Dei primi, quali le cauterizzazioni con varie sostanze, e le cauterizzazioni galvaniche l'autore dice poco di bene. Passando agli atti cruenti l'A. ritiene l'operazione fatta a mezzo dell'unghia, naturale od artificiale, come antichirurgica, per lo più incompleta, talora pericolosa. Tra gli strumenti molteplici inventati passa in rassegna dapprima le varie pinze, il cui vantaggio è di portar alla luce il *corpus delicti*, di non lasciar cascar pezzi delle tonsille in laringe, che son più maneggevoli di altri strumenti, a cui fa contrasto l'inconveniente di non poter asportare tutto il tessuto iperplasico in una sola presa e di strappare qualche volta pezzi di muccosa o di periostio, la coda del cornetto, o qualche pezzo del setto o del velopendolo. Tra i coltelli Taglienti dà la preferenza a quelli di Gottstein, Gottstein-Delstanche e Ruault che permettono di raschiare la volta del faringe e tagliare la tonsilla alla sua base. Crede da rigettarsi la forbice curva di Krakauer e la curetta galvano-caustica di Rousseaux.

Terminano il lavoro alcune considerazioni sulla tecnica operativa. L'A. è per la narcosi generale nei bambini paurosi, al di sopra dei 4-5 anni, e nei casi in cui occorre una operazione più completa che possibile. Il bromuro d'etile si adatta alle operazioni corte, il cloroformio alle più lunghe. Ebbe eccellenti risultati da una miscela di cloroformio e bromuro d'etile a parti eguali. Consiglia astenersi dalla narcosi nei sordomuti. Nei malati adulti basta la narcosi locale alla cocaina. Dopo accennata la tecnica particolare di alcuni autori si dichiara per il metodo rapido. Enumera i noti possibili incidenti. Le complicazioni che possono arrivare durante e dopo l'atto operativo. Non divide l'opinione di parecchi autori sulla convenienza di far lavaggi antisettici dopo l'operazione, insufflare polveri od altro. Meglio è far nulla, evitare che l'operato si raffreddi, tenergli l'alvo libero, dargli alimenti liquidi, e, tutto al più, un gargarismo.

Questa monografia è la più completa di quante videro la luce fin qui sull'argomento dell'iperplasia adenoide: rispecchia, oltre che il passato, sopratutto lo stato attuale delle nostre cognizioni su questo capitolo importante della specialità e sarà consultata con molto profitto da chiunque debba occuparsi del trattamento di questa affezione.

Dott. T. Bobone.

La cura razionale delle affezioni polmonari nei Sanatori di Davos-Platz, dello Schatzalp, di Davos-Dorf. Seconda edizione della « *Vita Sanatoriale* » riveduta ed accresciuta. Dott. Ugo Passigli.

Attratto dalla reputazione mondiale di quella Stazione Climatica ove sorgono questi Sanatori, l'A. dopo aver messo sotto la più viva luce i grandi pregi della stazione medesima, descrive i Sanatori in tutti i loro particolari igienico-terapeutici, nonchè in quelli estetico-architettonici, corredando le sue descrizioni con le più esaurienti spiegazioni scientifiche, e con tutte quelle considerazioni e confutazioni che fanno da scudo al concetto terapeutico sanatoriale contro tutti gli attacchi e tutte le critiche.

Nella chiara e convincente esposizione di tutti i mezzi di cura che ivi si adoprano a seconda delle varie gradazioni patologiche, nota come le affezioni della gola, degli orecchi e del naso vengano ad essere oggetto di sollecite cure nella stazione sanitaria dello Schatzalp che « amorosamente abbracciata da una foresta di pini, spicca biancheggiante in mezzo a quel verde, e sorge in tutto il fulgore della sua bellezza immacolata, mentre in basso si distende ai suoi piedi, accesa di amore per quella gemma alpina, la vaga città Davos, orgogliosa di additarla al viaggiatore qual figlia avvenente ».

Questa miracolosa Stazione ed i suoi asili di cura e di beatitudine raffronta in ultimo l'A. con i nostri ospedali, ed è tale la differenza che fa mettere in rilievo, che il suo pregevolissimo lavoro riesce di grande incitamento per la prova curativa nei Sanatori, per la cui costruzione anche presso di noi fa infine voti fervidi.

Voglia il genio del bene che questi possano sedurre la mente di chi legge! Dott. Montelucci.

NECROLOGIA

L'alba del 12 novembre 1901 segnava il doloroso tramonto del valentissimo otologista **Comm. Prof. Emilio De Rossi.** Nato il 10 febbraio 1844, a Mentone dove il padre, oriundo della Liguria, si trovava in qualità di medico del Duca Valentinois, Principe di Monaco, appena ventenne si laureò in Genova, e nell'agosto 1865 otteneva per concorso un posto di studio di perfezionamento all'estero. Si recò allora a Parigi coll'intenzione di studiare l'oculistica, ma poi il suo versatile ingegno si mise a coltivare l'otojatria e nel 1866 incominciò ad esercitare con onore in Genova questa, allora negletta, Specialità.

Nel 1870, richiesto dal Governo, andò a Roma, e nel 1871 gli fu affidato l'incarico dello insegnamento della otojatria: in seguito poi, ma molto più recentemente, il De Rossi si occupò pure di rinolarin-

gologia. Nel 1876, non soddisfatto nei suoi giusti desideri, prendeva congedo dalla Facoltà medica di Roma con una dignitosa lettera e se ne tornava a studiare a Parigi, dove però rimase poco tempo, perchè noi stessi nella seconda metà del novembre 1877 frequentammo per alcune settimane la sua Clinica otojatrica nell'Ospedale di San Giacomo in Roma, che fu poi regolarmente organizzata e provvista di conveniente assegno nel 1881. In quest'anno il De Rossi fu promosso straordinario, e da quell'epoca la sua attività scientifica crebbe a dismisura e molti furono i lavori pubblicati e le operazioni eseguite. Nel giugno 1891 il De Rossi fu nominato ordinario, e, cortesemente invitati, assistemmo con piacere il 23 novembre di quello stesso anno alla inaugurazione dei nuovi locali della Clinica nell'Ospedale Fatebene-fratelli, ricevendo dalle sue mani il manoscritto del discorso letto in quella fausta occasione per pubblicarlo in questo Bollettino.

Al De Rossi spetta veramente l'onore di caposcuola della otojatria italiana e tutti i cultori di questa specialità devono con noi rimpiangere l'immatura perdita di un uomo tanto stimato e valente.

V. GRAZZI.

NOTIZIE VARIE

Clinica oto-rino-laringojatrica della R. Università di Pisa. — Il 16 novembre u. d. il sig. Luigi Camurri, studente del VI anno di Medicina nella R. Università, di Pisa, sostenne l'*esame speciale* di otorino-laringologia riportando l'approvazione con *ventiquattro trentesimi.*

Commemorazione. — Mercoledì 13 novembre prima di incominciare la lezione, che era la seconda del corrente anno scolastico, il prof. Grazzi, prendendo occasione dal doloroso avvenimento del funebre trasporto eseguito quella stessa mattina in Roma della salma del compianto prof. EMILIO DE ROSSI, ne commemorava degnamente nella Scuola i titoli scientifici.

Gli studenti ascoltarono in piedi le parole ricordanti i meriti che giustamente fecero attribuire al De Rossi il nome di fondatore della moderna scuola otologica italiana.

Il *Bollettino* ai funerali dell'otologo romano era rappresentato dal prof. G. Ferreri, che aveva con amorevole sollecitudine telegrafato al Direttore l'annunzio dell'improvviso decesso del valente Maestro.

Società italiana di Laringologia Otologia e Rinologia. — Il segretario della Società, dott. V. Garzia, cortesemente ci prega di annunziare che il *Sesto Congresso* della Associazione medesima è stato fissato per l'*Ottobre 1902.*

Collegio convitto dei figli e delle figlie orfane dei sanitari italiani in Perugia. — I due rami del Parlamento nazionale approvarono, e S. M.

il Re sanzionò una provvida legge che assicura la vita di questo benefico istituto destinato ad accogliere ed istruire gli orfani di tutti i sanitari italiani che muoiono lasciando la famiglia in modeste condizioni.

Noi plaudiamo di cuore a tutti coloro che hanno in modo diretto ed indiretto contribuito a raggiungere questo santo scopo.

L'otologia e laringologia al Congresso Internazionale medico di Madrid. — L'*undecima sezione* (Otologia, Laringologia e Rinologia) per una deliberazione del Comitato generale ordinatore e di propaganda è stata divisa in *due sezioni indipendenti:* a) *Otologia;* b) *Rinolaringologia,* furono così secondati i giusti voti dei cultori di queste specialità medico-chirurgiche.

Sull'azione di un'acqua ferrugginosa e arsenicale. — Torniamo volentieri a segnalare l'importanza fisiologica, chimica e terapeutica dell'acqua Civillina (Chilesotti) che scaturisce presso Schio, e sulla quale anche al recente *Congresso Medico di Pisa* venne fatta, dal dott. Peracchia, una interessante comunicazione.

Dopo aver rilevati i benefici che il ferro, il manganese, l'arsenico, e i cloruri inducono nell'organismo. specialmente se in preda a discrasie, l'A. concludeva:

Che più dunque si deve pretendere quando in felice armonia sono nell'Acqua *Civillina* riuniti gli elementi i più attivi, i più efficaci, i più energici alla ricostituzione dell'umano organismo, quando questo, sfibrato, stanco, esaurito, ha bisogno di novello vigore apportatogli dall'onda rutilante del sangue ringiovanito per azione del ferro, dell'arsenico e del manganese?

Il cloruro di sodio, il solfato di magnesia hanno azione eupeptica e contribuiscono a favorire la digestione delle sostanze sovraccennate come tonici del ventricolo e come eccitatori della peristalsi intestinale, donde la facilità con cui l'Acqua *Civillina* viene assorbita.

Dal predetto si rileva che l'azione generale di quest'acqua è talmente potente che non solo essa è utile nelle anemie essenziali, nelle neurastenie, dispepsie, ecc., ma anche negli stati di esaurimento secondari ad altre malattie....».

In realtà, noi dobbiamo fare la meritata propaganda a questo eccellente e semplice mezzo di cura, che ha azioni ben precisate, e, per di più, non ci viene dall'Estero.

E poichè si tratta di adottare questa preziosa Acqua in malattie altrettanto comuni quanto frequenti, con sicuro vantaggio dei malati, e con esito soddisfacente per ogni medico che la propina, così noi ci uniamo, a quanti già la indicarono e la usarono, per confermare le eccezionali doti, che la rendono necessaria nella maggior parte dei casi di anemia, clorosi, dermatosi, nevrastenie, forme uterine e simili.

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1901 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza, 44.

Nieshagen.

INDICE DELLE MATERIE

ANNO XIX (1901)

A

B

C

D

E

M

N

O

P

INDICE DEGLI AUTORI

BOLLETTINO

DELLE

MALATTIE DELL'ORECCHIO, DELLA GOLA E DEL NASO

ANNO XX (1902)

BOLLETTINO

DELLE

MALATTIE DELL'ORECCHIO, DELLA GOLA E DEL NASO

(Otojatria, laringoscopia, rinologia)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. VITTORIO GRAZZI

Professore Straordinario di oto-rino-laringologia nella R. Università di Pisa
Libero Docente nel R. Istituto di Studi Superiori Pratici e di Perfezionamento
Consulente per l'otologia e la laringologia nel R. Arcispedale di S. M. Nuova di Firenze
e nel R. Istituto dei Sordomuti di Siena.

Collaborarono i Signori Professori e Dottori:

Abate C., Catania (1899-900) — **Aguanno (D') A.**, Palermo (1890-91-93-94-95) — **Antoni R.**, Pisa (1886-88) — **Arena F.**, Napoli (1884) — **Arslan Jerwant**, Padova (1894-96-97-98-99-900-901) — **Ascenso O.**, Spezia (1892) — **Baratoux J.**, Parigi (1885-86) — **Barrago-Ciarella O.**, Napoli (1898-99-900) — **Betti U. A.**, Genova (1899) — **Bobone T.**, San Remo (1883-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-900-901) — **Borgoni R.**, Napoli (1897-98) — **Calderai D.**, Pisa (1890) — **Cantieri A.**, P. S. Stefano (1894-95-96-97-98-99-900-901) — **Cardone F.**, Foggia (1889-95) — **Chiucini G.**, Roma (1893-94-95-96-97-98) — **Cicconardi G.**, Napoli (1883) — **Cimmino R.**, Napoli (1888-89-92-93-94-97-98) — **Comba C.**, Firenze (1901) (✠) — **Compaired C.**, Madrid (1891-92) — **Coosemans E.**, Bruxelles (1896-901) — (✠) **Corradi C.**, Verona (1889-90-91-94-95) — **Costamagna E.**, Savona (1883) — **Cozzolino V.**, Napoli (1884-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99) — **D'Ajutolo G.**, Bologna (1901) — **Damieno A.**, Napoli (1895-97-99) — (✠) **De Rossi E.**, Roma (1892-99) — **Desimoni A.**, Cagliari (1896-99-900) — **Dionisio I.**, Torino (1892-99) — **Egidi F.**, Roma (1889-91-92-93-95-98) — **Fasano A.**, Napoli 1886-88-92) — (✠) **Felici F.**, Roma (1887-88-89-90-94) — **Ferreri G.**, Siena (1891-98-901) — (✠) **Ficano G.**, Palermo (1888-89-91-92-93-94-98) — **Folco A.**, Oneglia (1890-91-93) — **Gaito F.**, Ostuni (1901) — **Gamba O.**, Roma (1895) — **Gavello G.**, Torino (1900) — **Giannettasio A.**, Bologna (1899) — **Gradenigo G.**, Torino 1888-89-90-95) — **Hahn R.**, Torino (1901) — **Isaia G.**, Napoli 1890) — **Ligorio E.**, Firenze (1901) (✠) **Longhi G.**, Milano (1885-87) — **Mantovani G. I.**, Crespano Veneto (1890) — **Masini G.**, Genova (1885-86-88-90-91-92-93-94-96-97-98) — (✠) **Masini O.**, Genova (1883-84) — **Massei F.**, Napoli (1883-84-86-87-90-94) — **Masucci P.**, Napoli (1884-92-94) — **Monari C.**, Bologna (1897-98) — **Mongardi R.**, Bologna (1892-93-94) — **Monteluoci R.**, Rignano (1894-98-99-901) — **Morpurgo E.**, Trieste 1883-84-85-86-87-90-93-94-95-96-98-99-900-901) — **Morselli E.**, Genova (1893-96) — **Nuvoli G.**, Roma (1890-91) — **Pacinotti G.**, Camerino (1893) — **Paggi A.**, Firenze (1889) — **Palazzolo N.**, Agira (1895-96) — **Piazza L.**, Lentini (1892-93) — **Pini T.**, Milano (1887-90) — **Poli C.**, Genova (1892) — **Politzer A.**, Vienna (1885-90) — **Pratolongo P.**, Lucca (1887-89) — **Prota G.**, Napoli (1897-98) — **Putelli F.**, Venezia (1888) — **Recanatesi A.**, Ancona (1901) **Remor C.**, Spezia (1897-98) — **Ricci A.**, Savona (1890-91-93) — **Ricci C. A.**, Treviso (1897-901) — **Rimini E.**, Trieste (1896-97-98-900) — **Rueda F.**, Madrid (1894-95) — **Schulte E.**, Milano (1886-87) — **Soffiantini G.**, Milano (1895-96) — **Strazza G.**, Genova (1891-92-93-95-97) — (✠) **Tafani A.**, Firenze (1884) — **Tanturri D.**, Napoli (1901) — **Tommasi J.**, Lucca (1900) — **Trifiletti A.**, Napoli (1887-88-91-94-98-99-900) — **Zapparoli L.**, Mantova (1897).

FIRENZE

TIPOGRAFIA LUIGI NICCOLAI

Via Faenza, 44

1902

Anno XX Firenze, Gennaio 1902. **N. 1.**

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

...improbus omnia vincit.

Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Camerino.

Otomicosi e cerume rosso

STUDIO

del Prof. GIUSEPPE PACINOTTI

Comunicato alla Società Italiana di Medicina Interna

nella seduta del 28 ottobre 1901.

Primi ad occuparsi degli sviluppi di ifomiceti parassitari nel condotto uditivo esterno, furono il Meyer (1), il nostro illustre Pacini (2), e il dott. Bargellini.

Le loro osservazioni datano ormai da oltre mezzo secolo. Ma a quelle hanno poi seguito molte altre ricerche del Cramer (3), dello Schwartze (4), del Wreden (5), del

(1) *Mayer.* (Beobachtungen von Cysten und Fadenpilzen aus dem aüssern Gehörgange Muller s'Arch. 1844, pag. 401).

(2) *Pacini.* (Sopra una muffa parassitaria del condotto uditivo esterno. Firenze 1851).

(3) *Cramer.* (Vierteljahosschr. d. naturf. Gasellsch. zu Zurich, 1859 e 60).

(4) *Schwartze.* (Arch. f. Ohrenheilk II, 5).

(5) *Wreden.* (Arch. f. Ohrenheilk. III e Myringomykosis. Petersburg 1868).

Weber (1), del Politzer (2), del Bezold (3), dell'Hückel (4), dell' Haug (5), del Perroncito (6) e di molti altri, che riscontrarono ifomiceti parassitari, oltrechè presenti nel condotto uditivo anche nei visceri interni, sia dell'uomo, che degli animali.

E' singolare il caso descritto dal prof. Grazzi (7) di una otomicosi da ustilago carbo.

Alle più frequenti specie di Aspergilli (niger, flavus, fumigatus) gli autori riportarono fatti di infiammazione del condotto uditivo, (otomicosi), e della membrana del timpano (miringomicosi).

Da Eidam (8) e Siebenmann (9), fu ritrovato l'Aspergillus nidulans, capace di esercitare parassitismo nel condotto uditivo. Lindt (10), vi rinvenne l' Eurotium repens, e nel 1889 da un otomicosi isolò un Aspergillo, cui diede la designazione di malignus, per la sua virulenza negli animali.

Siebenmann nel 1889, trovò il Penicillium minimum in un caso di otomicosi. Bezold, il Verticillium graphii, e il Mucor septatus. Jakowsky, il Mucor ramosus di Lindt. Hückel, il Mucor corymbifer.

Osservazione che poco appresso venne confermata dal Siebenmann e dal Graham.

Altri autori riscontrarono ifomiceti speciali per il loro colore.

Pure a noi capitò in una autopsia praticata in scuola, di riscontrare nel condotto uditivo esterno, un tappo ce-

---

(1) *Weber.* (Ueber Parassiten in aüsseren Ohr (otitis parasitica); Monatschrift für Ohrenheilkunde).

(2) *Politzer.* (Wiener med. Wochenschr. 1870).

(3) *Bezold.* (Monatschrift für Ohrenheilkunde, VII 1881).

(4) *Hückel.* (Mucor corymbifer Beitr. v. Ziegher u. Nauwerck. I. Iena 1884).

(5) *Haug.* (Aspergillus nigrescens, Beit. v. Ziegler XVI, 1894).

(6) *Perroncito.* (I parassiti dell' uomo e degli animali utili. Seconda edizione, fasc. 1°. Vallardi, Milano 1901, pag. 75).

(7) *Grazzi.* (Manuale di otologia, pag. 269). Firenze 1886.

(8) *Eidam.* (Beiträge zur Biologie der Pflanzen von Kohn. III, 3).

(9) *Siebenmann.* (Zeitschrift f. Ohrenheilk, XIX, p. 7).

(0) *Lindt.* (Arch. f. esperim. Pathologie, XXV).

ruminoso di un colore rosso vivo, dato da uno speciale ifomicete che descriveremo in seguito, nelle sue particolarità.

Fu oggetto di tale osservazione il cadavere di certo B. F. di 61 anno da Camerino, che sezionammo il dì 11 marzo u. d., e nel quale riscontrammo come causa della morte una bronco-polmonite acuta bilaterale causata da pneumo-bacillo di Friedländer. Il cadavere era di un povero uomo, che aveva campato i suoi ultimi anni, elemosinando, mezzo inebetito dall'abuso dell'alcool, e con tale sporcizia del suo corpo, da sembrare che l'acqua non avesse mai toccata la sua faccia.

La singolarità dell'aspetto di una patina rosso-minio, di aspetto vellutato, nel contorno dell'apertura del dotto acustico esterno destro, attirò la nostra osservazione, e con una sottile spatola, foggiata ad uno estremo a piccola cucchiaia, estraemmo parte di quel materiale rosso per farne un esame al microscopio. Dilaceratane una piccola quantità in soluzione di cloruro di sodio (0,6 °[o), su di un comune porta-oggetti, e soprappostovi senz'altro un piccolo vetrino copri-oggetti, riscontrammo subito al microscopio la tipica disposizione di un micelio, tramezzato da accumuli di spore, con un eccessivo numero di minimi granuli amorfi, giallo-rossastri, che per il loro soverchio aggregato, davano alla massa fungosa quella colorazione intensamente rossa.

In altri preparati, allestiti lì per lì con glicerina per conservarli come duraturi, vidi che i granuli del pigmento rosso si dissolvevano in parte in questo liquido, e massime erano solubili trattandoli con cloroformio, etere ed alcool assoluto. Non si dissolvevano nell'acqua stillata, nel siero del sangue, nel liquido orinoso ecc.

Col rimanente del materiale ceruminoso rosso, tolto dal condotto uditivo destro, feci delle seminagioni in varie scatole del Petri, in gelatina nutritiva, leggermente alcalina, secondo la consueta tecnica per lo isolamento delle colonie dei batteri.

In varie di queste disseminagioni ripetute, mi accorsi, che è sempre necessario di cercare di distribuire bene le

spore, per ogni dove, nel mezzo nutritivo, avendo esse altrimenti tendenze a restare riunite a gruppi.

A ciò si perviene, agitando per ogni dove con l'ansa di platino la piccola zolletta di materiale di innesto, nel tubetto di gelatina liquefatta a 25°.

Varie prove di colture di isolamento mi diedero a vedere, che questo speciale ifomicete per svilupparsi bene, predilige temperature da 20° a 30°, specialmente in camere da incubazione umide, e dove non sia soverchia la luce.

Osservando tali condizioni, noi vedevamo che già dopo 40 ore dalla disseminagione, apparivano evidenti nella gelatina, come dei puntolini biancastri, che meglio si riconoscevano ponendo la scatola del Petri su di un fondo nero. Di questi puntolini, specie i più grossi, riscontrammo, con dei saggi al microscopio, che molti corrispondevano ai nuovi sviluppi delle spore state disseminate, altri erano colonie di forme batteriche saprofitiche, delle quali non tenemmo conto alcuno. Ottenuti così perfettamente isolati gli sviluppi delle spore di questo fungillo rosso, con attente e ripetute prove facemmo dei trapianti di questo ifomicete isolato, in vari tubetti, con mezzi nutritivi diversi.

Avevamo intanto notato nelle colture sulle piastre i fatti seguenti: Circa al quinto o sesto giorno ciascuno sviluppo di questo ifomicete ci si appalesava circondato da una zona di liquefazione della gelatina nutritiva, e già a questa epoca quegli sviluppi, che erano affatto superficiali, sporgevano dalla gelatina, come piccoli fiocchetti bianco-nivei, a superficie convessa vellutata, che con lente di ingrandimento si vedeva fatta da sottili filamenti aerei. irraggianti da un unica parte più centrale. In seguito ritrovavamo che le parti più sporgenti di questi vari sviluppi davano a notare una tinta leggermente rosea, mentre la colorazione in rosso, crescendo ogni giorno di intensità, si propagava a tutta la estensione di ciascun singolo sviluppo, fino a raggiungere nella colonia invecchiata una tinta simile al minio.

Questo era infatti il colore del turacciolo ceruminoso che rinvenimmo nel dotto uditivo destro del cadavere da noi sezionato. Quivi lo sviluppo di questo singolare ifomi-

cete era affatto superficiale, nè in nessuna parte delle pareti del dotto, si infiltrava tra gli elementi cellulari più profondi del corpo mucoso malpighiano, come pure non aveva determinato nè necrosi, nè perforazione della membrana del timpano, assumendo come terreno di sviluppo solo la massa componente il cerume stesso e i primi strati epiteliali.

Anche i successivi sviluppi, pure isolati, di questo ifomicete rosso, nei tubetti di agar glicerinato, e di siero di sangue solidificato mi si mostrarono al microscopio perfettamente identici, ai preparati che aveva primitivamente allestiti li per li dalla patina rossa del dotto acustico.

Avendo a disposizione queste seminagioni pure, volli studiarne le condizioni di vita, e conoscere se realmente potesse oltre per la curiosità scientifica avere importanza in patologia.

Un caso analogo, se non identico al mio, ho ritrovato già descritto fino dal 1874 dal *Wredren* (1).

Rinvenne questo autore una muffa rossa dell'orecchio, e anzi ne stabilì un genere a se, che chiamò col nome di Otomyces purpureus — La osservazione del Wreden fu confermata da Swan-Burnett nel 1882. Nell'uno e nell' altro caso fu estratto dallo orecchio un tappo ceruminoso di un color tale, che lo faceva rassomigliare ad un coagulo sanguigno. Dopo alcuni giorni il condotto uditivo, dagli autori surricordati si riscontrò ancora rivestito di una patina formatasi di nuovo di un color rosso-vivo, che rassomigliava al minio. La patina si stacca facilmente senza lasciare ulcerazione della parete del dotto, ma i malati non poterono liberarsene del tutto, se non dopo che furono sottoposti ad iniezioni nella località con alcool, ed altre sostanze ad azione antisettica.

Non sono in grado di potere per ora stabilire con esattezza, se il fungillo rosso da me rinvenuto nel cadavere, nel modo sopra descritto sia, o no, lo identico di quello del Wreden, e da Lui chiamato Otomyces purpureus.

---

(1) *Wreden.* — (Citato da Rattone nell'Opera, Dei Microrganismi, Torino 1895 » Libreria Rosenberg et Sellier).

I miei preparati, fatti con materiale immediatamente tolto dal dotto uditivo, furono, al pari delle colture, esaminati da un distinto micologo, il prof. P. A. Saccardo della R. Università di Padova, cui rendo, qui, le più sentite grazie per l'esame fattone. Questi è convinto che nel caso da me riportato si tratti dell'ifomicete mucedineo chiamato Oospora Crustacea (*Bull. Sacc.*), che ha per sinonimi Mucor crustaceus (*Bull.*) Sporendoneme casei (*Desm.*), Monilia miniata di Wild, e che di sovente vegeta sul formaggio, su paste, che contengono grassi guasti, sui pesci, sui granchi morti fuori d'acqua. Ne questi può ammettere un genere *ex se* di Otomyces.

L'aver ritrovato il prof. Saccardo, questo fungo rosso nei formaggi guasti, va d'accordo con lo sviluppo che noi rinvenimmo nel cerume dell'orecchio. E ben di leggeri si comprende come in questa sede debba esservi stato innestato dal contenuto dell'unghia di un dito, che servì probabilmente al grattamento dell'orecchio, e che poteva essere già infetta dalle spore di questo fungo, che sono alquanto diffuse nel mondo esterno.

Sussista, o no, il genere Otomyces di Wreden, con la specie O. purpureus, capace di svilupparsi nel dotto uditivo, quello che a me resulta dal caso studiato è dunque, che anche la Oospora Crustacea (*Bull. Sacc.*), deve oggi comparire tra i funghi capaci di svilupparsi sul dotto uditivo esterno.

Ed io, per quanto da un solo caso non possa desumere molto, lo presento come primo contributo alla casistica della Oospora Crustacea nell'orecchio.

Quali le condizioni di vita, che presceglie questo ifomicete?

Da una lunga serie di seminagioni e trapianti, in vari mezzi nutritivi ho potuto farmi di ciò abbastanza consapevole. Questa Oospora Crustacea, predilige come terreno di sviluppo i mezzi di nutrizione con grassi, misti ad albuminoidei, non troppo umidi. Ma può svilupparsi anche nei tubetti di siero di sangue rappreso a becco di clarino. In questo caso, vedesi lo sviluppo esser più abbondante nella parte più alta della superficie del mezzo nutritivo,

dove appunto il sottile strato di siero è quasi disseccato; qui si forma già dopo due o tre giorni una patina bianca, che dopo la prima settimana diviene rosea, e che successivamente va in appresso, invecchiando, a prendere un color rosso vivo, specie se non fu del tutto impedito l'accesso dell'aria e si tennero con poca luce le colture. Ma la Oospora Crustacea o Monilia Rubinia, come dir si voglia, assume anche un più rigoglioso sviluppo se, del burro, dei grassi neutri. o della glicerina in piccola quantità, fu aggiunto al mezzo nutritivo. Così vegeta ottimamente nei tubetti di agar-glicerinato a reazione non acida. Qui le seminagioni delle spore di questo fungo, danno (tenute all'ordinaria temperatura di una camera) rapido sviluppo, dopo la prima settimana dell' innesto, e si forma da prima una superfice nivea vellutata, che poi diviene rosea, e in seguito lo sviluppo produce una erta e spessa cotenna, che invero giustifica a questo ifomocete il nome di Oospora Crustacea, o di Muco Crustaceus. L'agar che viene man mano dal forte sviluppo dell' ifomicete consumato, ma non liquefatto, prende un colore nel suo fondo nerastro per un eccessivo conglomerato del micelio, mentre nelle colture vecchie superficialmente ha un aspetto vellutato di un rosso vivo rutilante, che giustifica il nome di Monilia Rubinia o Miniata, che pure a questo fungillo venne da altri impartito.

I trapianti, fatti in gelatina nutritiva, in albume di uovo (rappreso al calore con sterilizzazione discontinua), siero di sangue, egualmente solidificato, danno a vedere meglio la forte azione peptonizzante di questo ifomicete che riesce a fluidificare già di buon' ora questi vari mezzi nutritivi. Sulla pasta di pane a reazione leggermente acida, poco si riproduce, come pure sulle patate. Meglio, che in ogni dove si sviluppa nell'agar glicerinato, e nella gelatina nutritiva.

Per il suo sviluppo ha bisogno di aria. Ho provato varie volte nei mezzi nutritivi, che sopra, semisolidi ad affondare nella maggiore profondità delle massarelle d'innesto tolte di recente da rigogliosi sviluppi pieni di spore, mai mi é riuscito di vedere la produzione di un micelio

nella profondità, e che non fosse perciò in contatto dell'aria. Senza ricorrere alle colture, col metodo anaerobico, in idrogeno, ci accertammo molto bene che questo ifomicete ha per il germogliamento delle sue spore bisogno di aria, col metodo seguente:

Prendemmo un vetro incavato porta-oggetti, ben pulito e sterilizzato alla lampada, ne riempimmo lo incavo con gelatina fusa a 25^{0}, seminammo con l'ansa di platino una quantità di spore di questo fungo alla superficie a menisco convesso della gelatina, che stava a riempire la cavità, e immediatamente vi sovrapponemmo un vetrino sterilizzato copri-oggetti, premendovelo leggermente, onde far fuggire ogni bollicina di aria. La poca gelatina che dopo di ciò sopravanzava ai margini, del vetrino copri-oggetti, che per ogni dove copriva l'apertura dello incavo del porta-oggetti présto si essiccava, e teneva incollato ermeticamente il vetrino, ad impedire il contatto dell'aria, con la superficie della gelatina disseminata di spore.

Preparati fatti in tal guisa, ripetutamente per più mesi osservati al microscopio (conservandosi perfettamente inalterati) mai ci diedero a vedere il benchè minimo accenno del germogliamento delle spore, che all'osservazione microscopica ritrovammo sempre nel medesimo sito poco o punto cambiate nella loro forma, volume e disposizione.

Se pure procedendo nel modo sopra descritto, sovrapponiamo alla gelatina disseminata di spore, che sta nello incavo di un porta-oggetti, un vetrino che non copra del tutto lo incavo e perciò la gelatina in esso contenuta, tenendo questo preparato del pari agli altri che sopra, in condizioni di temperatura, di oscurità, convenienti, si potrà con successiva e ripetuta osservazione al microscopio seguire, come io ho esattamente veduto, ogni fase del germogliamento delle spore, che massime si vedrà compiere in quei punti ove per la prossima deficenza del vetrino, la gelatina disseminata sta in contatto dell'aria.

Tali preparati sarà bene conservarli oltrechè nell'oscurità, anche in una camera umida da incubazione, onde non si dissecchi il preparato nelle prime settimane.

Ma al germogliamento delle spore si può anche tener

dietro con la osservazione microscopica in culture fatte in goccie pendenti dal vetrino, negli scavi o cellette di porta-oggetti contenenti aria.

Le spore che hanno in media 6-8 cc. di diametro e che sono globose, ovoidali, o sferiche, nell'atto del germogliamento le vedremo dar luogo a produzioni filamentose relativamente grosse, che si partono dai due estremi della spora diametralmente opposti, oppure da un lato unico, il che è più frequente.

Il filamento dapprima in diametro poco più piccolo della spora, dalla quale si è originato, presto si fa articolato e diramato, assottigliandosi alquanto specialmente se potrà sporgere nell'aria, fuori del mezzo nutritivo. In seguito al suo estremo si vedrà fertile per la produzione di molti conidi, disposti in catenella più o meno lunga, gradatamente più piccoli, e che con lo invecchiare si fanno sovraccarichi di granuli di pigmento rosso-miniato.

I filamenti, o ife che dir si vogliano, che non sporgono nell'aria, ma che con il loro intreccio formano nel mezzo nutritivo un conglomerato micelico, diventano essi pure invecchiando produttori di un numero stragrande di granuli amorfi pigmentari rosso-miniati che per lo più migrati dai filamenti e dalle spore, vedonsi poi all'esterno di esse agitarsi con vivaci e continui moti brawniani, specie nei preparati fatti per dilacerazione di un frammento di un vecchio micelio in soluzione fisiologica di cloruro di sodio.

Nella prima figura, ho rappresentato qui, uno sviluppo di questo singolare fungo, visto ad un ingrandimento di circa 700 diametri, al microscopio Koristka. E come dalla descrizione che ne da il Saccardo nella Sylloge Fungorum, esso vedesi sviluppare in cespugli orbicolari, che al centro hanno un inesplicabile intreccio di ife, tramezzate da ammassi di conidi, con conglomerati all'esterno, e all'interno, di granuli amorfi di un pigmento rosso-miniato.

Da questa parte centrale dello sviluppo, sporgono verso la periferia, delle ife isolate, dentriticamente suddivise, che negli sviluppi ancora relativante giovani (di tre settimane circa) molte di loro hanno un unico rigonfia-

mento terminale clavato, talora affusato, bene spesso sferico, come abbiamo riprodotto nella fig. 1.

Altre hanno dato luogo alla produzione di tre o quattro conidi, dei quali alcuni superano assai in grandezza le dimensioni degli altri, e che tuttavia stanno in serie lineari irraggianti connessi a catenella.

È singolare il fatto che quei conidi, che sono più grossi, contengono nel loro interno come delle gocciole di un liquido giallo rossastro, che pare oleoso, e che si oscura con l'acido osmico, e si discioglie coi comuni solventi dei grassi. Nella figura, queste gocciole di grasso, noi le abbiamo rappresentate col color giallo, che realmente hanno, e ci sembra che per le reazioni sopraindicate, al pari dei granuli rossi pigmentari, non siano che relative modificazioni di sostanze, che riteniamo per *lipocromi*.

In sviluppi già molto invecchiati scompaiono disgregandosi in minimi granuli, le ife più adulte, e non restano che lunghe catanelle di conidi, che con gran facilità si frammentano, e allora danno ammassi non più regolari di spore disposte irregolarmente.

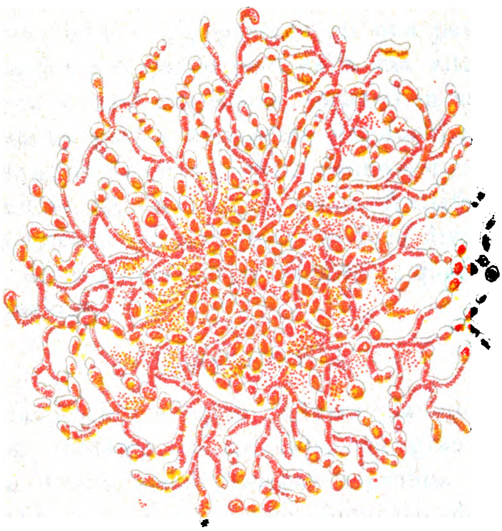
Nella seconda figura ho riportato un filamento composto, fruttifero aereo di questa Oospora crustacea, o Monilia miniata, veduto ad un maggiore ingrandimento (obiettivo 7 - ocul. 3 del Microscopio Hartnack). Notansi qui, meglio accentuate le particolarità di struttura sopra ricordate, sia delle ife, contenenti granuli di pigmento rosso-miniato, che della loro segmentazione e articolazione, producente dei conidi terminali, con le medesime particolarità di gocciole oleose, e di un numero stragrande di granuli pigmentari nel loro interno.

Queste minute particolarità di struttura, si vedono bene in sviluppi osservati in una goccia di soluzione fisiologica di cloruro di sodio, colorita appena da un po' di eosina, mista a piccola quantità di safranina, solubile in acqua. Come pure può dare buona colorazione l'uso di una o due goccie di liquido del Loeffler, diluite in acqua.

Sempre studiando le condizioni di vita di questo ifomicete, notammo che le temperature costanti al di sopra di 30°, non si confanno al suo sviluppo. A temperature

Fig: I.ª G. PACINOTTI

Cespuglio arboreo di Oospora crostacea nel condotto uditivo esterno



Ingrandimento di [illegible] Hartnack

più basse di 10°, non abbiamo del pari germinazione delle spore.

Un ottimo di sviluppo si ha da 25° a 30°. Non sopporta lo essiccamento, ma in un ambiente umido può mantenersi anche per più giorni a 55°, senza perdere la facoltà di dare nuovi sviluppi, messo in condizioni opportune, e nemmeno dopo di ciò perde l'attitudine a dare il pigmento rosso. Esposto per una intiera giornata ai raggi diretti del sole del mese di Giugno, in una giornata limpidissima, si essicca in superficie, ancorchè la provetta sia stata protetta oltrechè dal cotone, anche da un cappellotto di gomma, e perde lo aspetto vellutato rosso-miniato, mentre si fa come dell'apparenza di una patina rugosa, grigio-biancastra, non perde però della sua vitalità, perchè riposto in condizioni opportune, tornano in seguito a rifiorire, su questa patina biancastra, dei nuovi sviluppi vellutati bianco-nivei dapprima, che si fanno poi rosso-miniati, quando le nuove ife tornano ad essere fruttifere. Ho veduto che occorrono cinque giorni di luce diretta del sole per riuscire ad annientare ogni vitalità in questo ifomicete con la insolazione.

Esperimenti.

Come facilmente si può indurre da queste condizioni di vita, abbiamo qui che fare, con grande probabilità con un fungo semplicemente saprofita, e che non si sottrae alle leggi comuni agli ifomiceti, che sappiamo tanto nei tessuti, che nei liquidi organici, leggermente alcalini e ricchi di albumina a temperature prossime a 37°, solo raramente possano dare sviluppi nei visceri degli organismi animali a sangue caldo. Pure siccome la attenta osservazione microbiologica ha oggi dimostrato che molti ifomiceti, che si ritenevano semplicemente saprofitici, possono realmente vivere anche in speciali condizioni nello interno dei tessuti dell'organismo, come veri entofiti parassitari, ed esercitare azioni patogene diverse, così a noi sembrò opportuno con le colture pure di questa Oospora crustacea, o Monilia miniata, fare degli esperimenti sugli animali.

A questo lavoro, lo diciamo subito, ci siamo accinti però con poca fiducia, perchè avevamo visto nel cadavere, dal quale togliemmo il tappo ceruminoso rosso del condotto uditivo destro, nessuna significante alterazione della mucosa e della membrana del timpano; ed era presumibile che non aggredendo qui lo strato di Malpighi, anche negli animali si dovesse comportare analogamente come non patogeno.

Del resto sull'azione patogena degli ifomiceti si hanno già molte ricerche, che a noi preme, qui ricordare.

Così Grohe (1) e Block (2) sono riusciti iniettando nella corrente sanguigna dei conigli, e dei cani, delle culture di Penicillium (di cui la specie non sembrò a taluni esser bene dapprima determinata) a causarne la morte in 36 ore. Gli autori alla necroscopia di tali animali, rinvennero nei visceri e specialmente nei reni, puntolini bianchi, che ritennero per colonizzazioni delle spore, dei funghi iniettati, germoglianti su di un tessuto necrosato e più o meno infiltrato di cellule migratorie.

Grawitz (3) nel 1887, ripetuti gli esperimenti con iniezioni nelle vene e nelle arterie in animali da esperimento, di spore di Penicillium glaucum, di Aspergillus glaucus, niger, di Mucor mucedo, stolonifer, racemosus, di Oidium, di Botrytis carsiana ecc., non ebbe un caso di morte per quanto avesse sperimentato su 200 animali, e attribuiva i resultati positivi di Grohe e di Block alla possibilità, che essi avessero iniettato delle spore di qualche fungo realmente patogeno sconosciuto. Però in seguito Grawitz (4) ammise, che, acclimatando gradatamente le spore a vivere nei succhi dei tessuti animali, ad una temperatura pressochè a 37°, si hanno realmente dei risultati simili a quelli di Grohe e di Block.

Il Leber (5) con una sua osservazione clinica accettava

---

(1) *Grohe.* (Berliner klinische, Wochens. 1871, n. I).
(2) *Block.* (Dissertazione inaug. Stettino 1871).
(3) *Grawitz.* (Virch. Arch. 81 e 101 Bd.)
(4) *Grawitz.* (Virch. Arch. 73 e 103 Bd.)
(5) *Leber.* (Graefe's Arch. XXV, Leipzig, 91.

pienamente la seconda opinione di Grawitz. Esso narra che in un contadino, che si era ferita la cornea con una lolla di avena, vide crescere nei margini della ferita corneale un micelio, che riconobbe dato dallo Aspergillus fumigatus. Con esperimenti intrapresi in seguito, vide, che nella cornea dei conigli, lesa, si può fare sviluppare l'aspergillus fumigatus, e provocare consecutivamente, per questo una cheratite purulenta.

Baumgarten (1), Muller, Kaufmann, Koch (2), Löffler (3), Lichteim (4), Hückel (5), Leindt (6) ecc., videro che i conidi di Aspergillus fumigatus, a. flavescens, a. nidulans, eurotium malignum, Mucor rhizopodiformis, M. corymbifer, M. pusillus e M. ramosus, che pure vegetano alla temperatura del corpo, introdotti nelle vie sanguigne, si sviluppano nei tessuti e formano delle ife, che sono però sterili, e incapaci di riprodurre nuovi sviluppi se inoculate in altri animali. La loro colonizzazione si ha più specialmente nei reni, e negli apparecchi linfatici del tubo digerente.

È degna di nota la osservazione riportata da Rattone (7), che Eppinger e Paultauf (1885) in una autopsia di un uomo, che in vita aveva presentati fenomeni di infiammazione emorragica delle intestina, riscontrarono poi sulla parete del tubo digerente, nel cervello e nei polmoni, multipli focolai isolati e talora confluenti di Mucor corymbifer.

Il fungo del Mughetto fu ritrovato da Wagner (8) coi suoi filamenti nel tessuto connettivo. Il Foà (9), lo

---

(1) *Baumgarten.* (Deutsche Med. Zeitung 1884 e Lehrbuch der Mykologie).

(2) *Koch.* (Berl. Klin. Wochenschr 1881, n. 52).

(3) *Lôffler.* (Mittheil. a. d. Kais Gesundheitsante. Berlin 1881).

(4) *Lichteim.* (Zeitschr. f. Klin. Med. VII).

(5) *Hückel.* (Zur Biologie. Mucor corymbifor. Beit. v. Ziegler I. Iena 1885).

(6) *Leindt.* (Arch. f. exp. Path. XXI, 1886 e XXIV 1889).

(7) *Rattone.* (Dei Microrganismi, pag. 75).

(8) *Wagner.* (Jahrb. f. Kinderheil, N. F. 1°).

(9) *Foà.* (Sunti di lezioni di anat. pat. 89-90).

Schmorl (1), descrissero vere metastasi nei visceri per Mughetto. Il Bonome (2) ha riportato un caso di polineurite tricofitica.

Lasciando di dire delle molte micosi, per lo più da Aspergillosi, che negli animali agirono per lo più come eccitatrici di vari processi pneumonici e bronchiali, e delle quali da noi se ne occupò più specialmente il Perroncito (3), il Rivolta (4), Il Generali (5) ecc., e fuori d'Italia il Thary e il Lucet (6), e limitando alla patologia dell'uomo le nostre ricerche, relative al parassitismo degli ifomiceti, dobbiamo ricordare che Dieulafoy, Chantemesse (7) e Widal hanno osservato, nei pollivendoli di Parigi, una malattia cronica dei polmoni, che rassomiglia ad una pseudotubercolosi, e che negli sputi di costoro ritrovarono sempre filamenti micelici, detriti di ife, mai bacilli della tubercolosi.

Il Kohn, nel 1893, narrò di un uomo, che, da vario tempo sofferente di rinite cronica, veniva a perire per focolai pneumonici, nei quali rinveniva lo Aspergillus fumigatus.

L'Aspergillo fumigato fu ritrovato da Boström in una tiflite cronica, da Olesen venne invece riscontrato lo Aspergillus niger, nel campo operativo di un resecato di anca. Questi casi sono riferiti da Rattone (8).

Che alcuni degli ifomiceti dunque possano avere azione patogena nei tessuti dell' uomo è ormai comprovato. Come

---

(1) *Schmorl.* (Ein Fall. von Soor-metastase in der Niere Centralbl. f. Bakt. VIII, 1890).

(2) *Bonome.* Tricofitiasi dermica a forma penfigoide e polineurite tricofitica in individuo con tabe dorsale. Arch. per le Scienze Med., vol. XVI, anno 1891.

(3) *Perroncito.* (Mycose Aspergillaire. Arch. ital. de biol. VII, 1886).

(4) *Rivolta.* (Parassiti vegetali 1878).

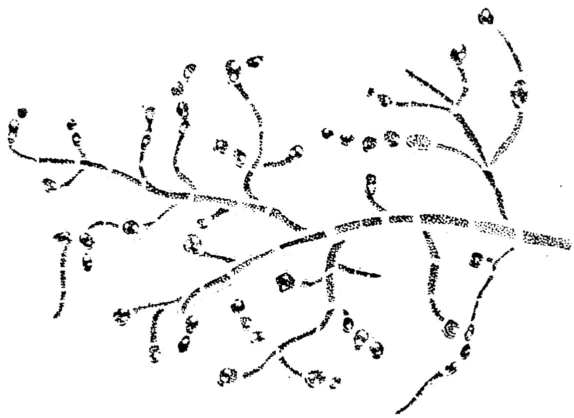
(5) *Generali.* Micosi dei Colombi, 1879.

(6) *Thary-Lucet.* (Mycose aspergillaire chez le cheval. Rec. de Méd. Vater. 1895).

(7) *Chantemesse.* (Eine Pseudotuberculose auf Pibzwucherungen beruhend. Centralbl. f. allg. Path. I, 591 pag.).

(8) *Rattone.* (Loc. cit.).

Fig. IIª



è accertato che la sede di elezione di questi sviluppi parassitari è per lo più la parte posteriore del condotto uditivo in prossimità della membrana del timpano. Questi sviluppi si possono mostrare quivi sotto la forma di una patina a guisa di falsa membrana, ricoperta, a seconda del colore del fungo, come di una strato vellutato di colore diverso, ed una volta che vi hanno allignato, ritengono gli specialisti, rendono più ostinata e ribelle la otite già in corso, mentre aumentano la copia del cerume, che viene secreto, e formano col conglomerato del loro micelio, tra la aumentata desquamazione dello epitelio, un tappo, che ostruisce il condotto uditivo.

Cogniti di questi fatti sopra ricordati, ci sembra perciò giustificato uno studio che d'altra parte fin quì non esisteva, che provasse se la Oospora crustacea, o Monilia miniata, da noi rinvenuta in un tappo ceruminoso del condotto uditivo, avesse, iniettata nei tessuti ed in circolo, azione patogena negli animali.

Esperimento. I. Da sviluppi adulti di questo fungo rosso del cerume, in ottenuti agar, e ricchissimi di spore, feci in un poco di acqua stillata e previamente sterilizzata, una emulsione e la iniettai nell'orecchio medio e nel condotto uditivo esterno d'ambo i lati in quattro cavie, dopo di avere in ciascuna di esse praticata un'ampia apertura nella membrana del timpano; ma scarso ed evanescente fu in questi animali lo sviluppo in quella sede del fungo innestato, non trovandovi come nel cerume dell' uomo quì un substrato abbondante per vegetarvi.

Esperimento. II. Ho esperimento anche la iniezione di un cent. cub. di questa sospensione di spore in acqua stillata e sterilizzata nel peritoneo di dodici topolini albini, e veramente più dei due terzi di questi hanno mal tollerata la iniezione per una assai forte stimolazione che subito arreca sul loro peritoneo, accendendovi un processo infiammatorio, che si riscontrava in seguito capace di determinare aderenze tra anze e anze intestinali e tra il mesenterio e gli altri visceri. Ma con tuttociò i topolini non morivano altrochè dopo due o tre settimane, quando le

inevitabili briglie flogistiche organizzandosi e coartandosi venivano a saldare le anze tra loro, e, premendo su quelle sottili pareti, impedivano la canalizzazione del tubo digerente, onde la morte interveniva per occlusione del tubo digerente. Mai però mi riuscì nei loro visceri vedere focolai metastatici di questa Oospora. In questi casi ho ritrovato sempre le spore iniettate arrestate nel loro sviluppo, e in buona parte già distrutte dal fagocitismo delle cellule migratorie, che fortemente sembra siano attratte nella località da un chemotropismo positivo molto attivo.

Esperimento. III. Il 2 aprile u. d. ho in un grosso cane da caccia previa narcosi eterea, per una incisione addominale aperto il peritoneo con ogni cautela di asepsi, ed, evitando gli antisettici, ho abbandonato nel cavo peritoneale il contenuto totale di due scatole del Petri, dove su tutta la superfice della gelatina (spessore, due millimetri; diametro 10 centimetri) eravi un uniforme e abbondante sviluppo, perfettamente rimasto puro, attempato di due settimane della Oospora crustacea, o Monilia miniata, che dir si voglia. Ho richiuso quindi subito il peritoneo con sutura continua, le pareti muscolari con suture a strati, e con altra sutura continua la ferita cutanea. Nei primi due o tre giorni il cane si mostrava un poco sofferente, ma non più di quello che suole aversi per il fatto della eterizzazione non eravi ipertermia. Passati i primi sette giorni, la ferita essendosi riunita senza la minima traccia di suppurazione, tornò a prendere con avidità il cibo e a vivere in condizioni normali.

Due mesi dopo, non avendo in questo lasso di tempo accennato ad alcuna sofferenza, per protratta narcosi cloroformica, venne ucciso, e alla necroscopia, non rinvenni di notevole nel peritoneo, che delle scarse briglie connettivali, tra il peritoneo parietale e viscerale, che facilmente per la loro lassezza si riusciva a rimuovere. Non mi fu dato in esso rintracciare nei vari visceri, che tutti sezionai, la benchè minima traccia di focolai metastatici.

Esperimento. IV. Ricordando poi che Grohe (1) e Block

---

(1) *Grohe*; (Berliner klinische Wochens., n. 1, 1870.

erano riusciti, iniettando nella corrente sanguigna dei conigli, e dei cani, delle colture di Penicillium e di Eurotium Glaucum, a provocare delle micosi generali acutissime, con esito letale in pochi giorni, volli tentare nei cani la iniezione in circolo di una sospensione di spore di questo fungo rosso.

Preparata in un grosso cane, la giugulare destra alla metà del collo, mentre era eterizzato, vi iniettai 30 cent. cub. di acqua stillata, e già sterilizzata, che conteneva in sospensione una gran quantità di spore di un rigoglioso sviluppo del fungillo rosso, su di agar, attempato di quattro settimane.

Il cane sopravvisse, non rivelandoci alcuna sofferenza, nè mai diede segno di bronco-pneumonite embolo-micotica. Dopo due mesi e mezzo, essendo stato operato al 1° maggio u. d., fu ucciso, ed in nessun viscere trovai focolai micotici. Solo nel polmone qua e là, tanto alla superfice, che nell'interno, trovammo dei raggrinzimenti del parenchima, come fatti da noduli sclerotici, assai limitati, poco più grandi di un cece, altri assai più piccoli, che in alcuni punti, per lo più in rapporto a minimi vasellini trombizzati, lasciavano riconoscere nel loro interno, dei cumuli del pigmento rosso appartenente alle spore iniettate in circolo, e delle quali non restava più alcuna loro parvenza riconoscibile.

Esperimento. V. In tre conigli, previamente eterizzati, ho iniettato in ciascuno un venti cent. cub. di questa sospensione di spore in trachea, poco sotto la laringe. Immediatamente a tale iniezione vidi succedere in ciascuno dei tre conigli un forte disturbo respiratorio, che fu però di breve durata; nel giorno appresso non mostravano alcunchè di anormale. E in loro la ferita, lievissima, si riunì di prima intenzione; ne alcuna appariscente alterazione ci mostrò dopo circa due mesi l'apparato respiratorio; e alla necroscopia, che fu fatta in loro, non rinvenimmo nessuna traccia delle spore iniettate in trachea.

Conclusioni. — Da queste nostre ricerche viene dunque riconosciuto, come causa del colorito rosso del cerume, relativamente al caso da noi esposto, lo sviluppo nel con-

dotto uditivo esterno di un ifomicete, che autorizzati anche dal giudizio datone dal prof. Saccardo, ci sembra giusto identificare all' Oospora crustacea o Monilia miniata.

Non ci è stato possibile per adesso pronunziarsi sulla identità o no di questo, all'Otomyces purpureus di Wreden.

Certo è che la presenza del fungo rosso, da noi rinvenuto nel cerume del condotto uditivo esterno, non è causa di speciali alterazioni, dacchè dal reperto cadaverico e dagli svariati esperimenti di inoculazioni fatte non ci risultò patogeno.

Pure non escludiamo, che come nel peritoneo degli animali dava forte stimolazione flogistica, possa anche nel condotto uditivo moltiplicandosi a dismisura, esser causa di irritazioni sulla membrana del timpano e dare delle vere miringomicosi, e sulle pareti del condotto uditivo esterno produrre otiti parassitarie. Esso però non ci sembra, che come la otomicosi aspergillina, trova esercitando un vero parassitismo il suo migliore substrato nei materiali risultanti dallo eczema del condotto uditivo, o derivanti da una otorrea sierosa consecutiva ad una otite purulenta, sia al pari capace di vita veramente parassitaria, dal momento che il suo micelio non lo vedemmo infiltrato in nessuna parte della parete del condotto uditivo, ma solo ci si rivelò nello intonaco ceruminoso e nel detrito di desquamazione epiteliale.

Per la biologia poi di questo fungo è, credo, assai importante tener calcolo delle reazioni isto-chimiche, che ci fecero ritenere derivanti da dei lipocromi gli abbondantissimi granuli di pigmento rosso, che nei vecchi sviluppi esso copiosissimamente vedemmo possedere.

RASSEGNE

1. **Due casi d'anomalia del padiglione dell'orecchio di cui uno seguito da operazione**; prof. G. Martuscelli. — L'A. riporta due casi di grave imperfezione di sviluppo del padiglione, da lui osservati su di una bambina di 4 mesi e su di una giovanetta.

Nel primo il padiglione destro era sostituito da una piccola plica cutaneo-cartilaginea lunga circa tre centim. e larga 4 mill. essa terminava in basso con un lobicino in alto si piegava a gomito e si

pendeva nella cute. Il foro uditivo esterno era chiuso del tutto, il punto corrispondente all'antitrago era occcupato da una briglia orizzontale che si attaccava a metà della plica ora descritta. L'A. provvide alla ricostruzione del padiglione valendosi della cartilagine come sostegno a due lembi cutanei presi dalla regione posteriore all'orecchio e dal davanti al rudimento di padiglione. Avendo i genitori riportata via la bambina non potè compiere totalmente la plastica ma da notizie avute l'A. sa che l'esito cosmatico fu ottimo.

Il 2° caso è di una giovanetta, tubercolosa e affetta da dòppia otite media cronica, la quale aveva il padiglione ripiegato in basso ed in avanti per modo che solo il lobulo sporgeva, l'elice antelice e conca erano conservate, sul trago stanno due mammelloni sviluppatisi dalla sua cartilagine assai voluminosi. Simili mammelloni erano pure all'orecchio sinistro del resto normale.

Come insegna l'embriologia non sempre anomalie del padiglione è necessario si colleghino a imperfezioni dell'apparecchio interno. La letteratura è scarsa di casi consimili, ultimamente uno simile al primo fu osservato dal Grazzi e qui vi era sorta atresia del meato uditivo.

In tali plastiche per lo più gli AA. non consigliano rivolgersi contro l'atresia del condotto uditivo giacchè di solito nulla si ottiene per riguardo all' udito.

(*Dall'Archivio italiano d'Otologia ecc.* vol. XII, fasc. 1) *Ligorio.*

2. **Contributo allo studio etiologico e patogenetico della lingua nera;** per il dott. A. Lucet. Nella *Presse medicale* del 16 ottobre 1901 è riferito il sunto di questo lavoro che fu pubblicato integralmente negli *Archives de parasitologie*, 20 maggio, 1901. È un argomento che c' interessa, perciò lo portiamo a conoscenza dei lettori.

Si designa col nome di *lingua nera*, nigrizia linguale, una malattia della lingua, ordinariamente benigna, ma tenace, caratterizzata dalla presenza in avanti del V linguale di una patina più o meno scura, occupante in modo simmetrico i due lati della lingua. Questa forma morbosa può osservarsi in tutte le età ed è accompagnata da una ipertrofia delle papille della lingua.

La nigrizia linguale deve riferirsi ad un parassita il cui sviluppo produce una alterazione nutritiva, sotto l' influenza della quale le cellule epiteliali delle papille glossiche si modificano, si ipertrofizzano e si cheratizzano.

L'osservazioni dell' A. hanno permesso di stabilire la natura di questo parassita. Il prodotto del raschiamento della lingua fa vedere al microscopio dei filamenti contorti, di uno a 15 millim. di lunghezza, formati da cellule epiteliali cornee; in mezzo ai filamenti, od addossati ai medesimi, si osservano delle spore allungate od ovoidi; manca il micelio, ma somigliano, queste spore ai saccaromici. I mezzi migliori di cultura per queste spore sono quelli che contengono del glucosio e che sono acidi.

Questa specie di saccaromicio *linguae pilosae* è aerobico, e forma

un sottile velo alla superficie del mezzo di cultura: produce la fermentazione alcoolica.

Le iniezioni intraperitoneali di questo saccaromicio uccidono i topi bianchi, ma non sono patogene per gli altri animali qualunque sia il modo con cui dette iniezioni si eseguiscono. Non è possibile riprodurre sperimentalmente la lingua nera nei conigli.

Siccome questo parassita è molto sensibile per le soluzioni iodiche e picriche, sembra razionale ricorrere a questi agenti nella cura della lingua nera. V. G.

NECROLOGIA

Il piccolo drappello dei laringologisti intervenuti al Congresso Internazionale di Milano del 1880, che tanto contribuì ad affermare la elevata posizione scientifica e pratica di questa specialità, va rapidamente dissolvendosi. Un altro collega, un caro amico della prima ora, il **Dott. Achille Gouguenheim**, di Parigi, è sceso ultimamente nella tomba, contornato dal reverente affetto di quanti lo conobbero e lo stimarono.

Nato a Metz, il 9 gennaio 1839, Gouguenheim fece i suoi studi a Parigi e dopo essersi distinto nel 1866 nella dissertazione di laurea fece la carriera degli Ospedali finche in quello Lariboisière prese la direzione della Clinica Laringologica, fondata da Isambert. Si circondò di valorosi cooperatori, che seppe bene scegliere e ben dirigere e solo, o con loro lavorò molto, pubblicò tanti lavori apprezzabilissimi e per vari anni diresse gli *Annales des maladies de l'oreille, du laryux et du nez*, che è senza dubbio il periodico più diffuso delle nostre specialità.

Nello scrivere col cuore addolorato queste brevi linee la mente ricorda le molte felici occasioni in cui ci siamo incontrati col valente collega parigino, i vincoli di amicizia che uniscono le nostre famiglie, e tutto ciò aumenta la grande tristezza che proviamo pensando alla sua irreparabile ed immatura fine. V. Grazzi.

NOTIZIE VARIE

Il Bollettino ai suoi cortesi lettori. — Nel novembre del 1882 incominciammo questa pubblicazione periodica, alla quale abbiamo poi regolarmente atteso. Sono quindi **venti anni** che un vincolo di stima e di amicizia ha cementato l'unione della famiglia medica del *Bollettino*, e oggi per festeggiare questa data vogliamo riprodurre i nomi dei collaboratori e degli associati che sono rimasti fedeli a que-

sto periodico dal primo anno della sua comparsa nel mondo scientifico fino all' anno corrente.

Dei collaboratori del 1883 sono viventi solamente:

Bobone comm. dott. Tommaso, San Remo; Costamagna dott. E., Savona; Massei cav. prof. Ferdinando, Napoli e Morpurgo dott. Eugenio, Trieste.

Ecco la nota di coloro che sono tuttora abbonati fino dal primo anno della pubblicazione del *Bollettino*:

Antoni dott. Ranieri, Pisa. Aresu prof. Raffaele, Cagliari. Aruch dott. Alessandro, Firenze.

Baccelli S. E. prof. Guido, Roma; Baquis prof. Elia, Livorno; Bazzi dott. Cesare, Belgioioso; Beccari dott. Luigi, Pieve del Cairo; Bemborad dott. Sabatino, Firenze; Benini dott. Ugo, Campi; Bertozzi-Olmeda dott. V., Velletri; Beschorner dott. Oscar, Dresda; Bianco dott. Odoardo, San Daniele; Bocchini dott. Angelo, Spoleto; Brunetti dott. G. B. Faustino, Venezia; Burci prof. Enrico, Padova.

Carpi cav. dott. Amilcare, Milano; Cartaz dott. A., Paris; Castellani dott. Bernardo, Nogara; Catolà dott. Guido, Legnaia (Firenze); Celoni prof. Pietro, Firenze; Chetoni dott. Luigi, Vecchiano; Cianchi dott. Paolo, Firenze; Ciuti dott. Giulio, Figline; Clementi prof. G., Catania; Coldstream dott. Alexander, Firenze; Collenza prof. cav. Niccolò, Valenzano; Conti dott. Unico, Colle di Val d'Elsa.

Eeman prof. E. W., Gand; Egidi cav. dott. Francesco, Roma.

Federighi cav. dott. Sabatino, Pisa; Frediani dott. Cesare, Montevarchi; Fuà dott. Geremia, Ancona; Gattai dott. Riccardo, Pisa; Giuntoli dott. Luigi, Firenze; Grandi dott. Francesco; San Marcello Pistojese.

Isca dott. Andrea, Trapani; Janssen sig. Alberto, chimico-farmacista, Firenze.

Lange Di Victor, Copenaghen; Leidi dott. Carlo, Brescia; Lozzi nob. dott. Vincenzo, Roma.

Maccanti cav. dott. Giovanni, Poggibonsi; Maddalena dott. Francesco, Taglio di Po; Mantovani Orsetti dott. Gian Jacopo, Crespano Veneto.

Nasini dottor Andrea, Settignano; Nesti cav. dott. Leopoldo, Firenze.

Olivetti dottor Marco, Firenze.

Paciarelli dott. Enrico, Costalpino (Siena); Palagi cav. dottor Adolfo, Pontassieve; Panara cav. dott. Panfilo, Roma; Pandolfi cavalier dott. Arnolfo; Pellegrini dott. Luigi, Livorno; Pereyra dott. Emilio, Firenze; Pittaluga dott. Enrico, Genova; Pratellesi dott. Alfredo, Galluzzo (Firenze); Prati dott. Teresino, Spezia.

Ricci dott. Carlo, Sarzana; Ricevuto dott. Alberto, Trapani; Ricotti dott. Francesco, Tocco Casauria; Rigaccini dott. G. B., Siena.

Schmithuisen dott. Pedro, Aix-la Chapelle; Schulte dott. Eduardo, Milano; Scoppola dott. Salvatore, Viterbo; Secchi dott. Carlo, Bologna; Sette dott. Pedro, Santeramo in Colle.

Tempesti dott. Domenico, Pisa.

Verdiani dott. Giuseppe, Volterra; Visani dott. Eugenio, San Godenzo.

Xella dott. Francesco, Imola.

Questo elenco discretamente numeroso, se si pensa alla materia della quale tratta il Bollettino, sarebbe stato accresciuto di molte e molte centinaia di nomi, se la falce inesorabile della morte non avesse mietute durante un ventennio, tante preziose esistenze nel campo dei primi lettori del nostro periodico. Fortunatamente però l'interesse maggiore che il ceto medico ha per le nostre specialità, il numero ognora crescente dei cultori delle medesime e del corpo sanitario, ed un poco anche la cura da noi costantemente prestata nel propagare la conoscenza del Bollettino, hanno non solo colmato i vuoti, ma anzi viepiù aumenta la falange dei lettori del medesimo.

Raccolta di memorie italiane sulla Laringo-rino-otologia. — Il dottor Ignazio Dionisio, docente nella R. Università di Torino, ha incominciata la pubblicazione di questa *Raccolta*, che, a differenza delle altre pubblicazioni che si occupano dei nostri studi speciali, non avrà il carattere periodico, ma verrà fatta con varia frequenza ed a fascicoli contenenti solo lavori originali. Opportunamente è aggiunta al testo italiano una versione francese.

Ci congratuliamo col collega Dionisio ed auguriamo alla sua utile impresa un felice resultato.

Il primo Laboratorio Antropometrico Italiano. — Questo laboratorio sta sorgendo in Firenze, nei locali del Museo Antropologico in Via Gino Capponi n. 3, e viene istituito in onore di Paolo Mantegazza, da cui prenderà il nome.

Ne diamo volentieri notizia perchè esso, oltre che nel campo scientifico, potrà dare interessanti resultati anche per la medicina generale e speciale. Infatti nel nuovo laboratorio oltre alla parte morfologica dell'Antropometria (dimensioni, proporzioni, forme, ecc. del corpo umano) verrà coltivata anche la fisiologica: cioè vi saranno istituite ricerche sulle normali variazioni individuali delle più importanti funzioni umane, e, per esempio, per parlare solo di ciò che è maggiormente interessante per noi, verranno raccolti dati spirometrici, olfattometrici ed audiometrici su vaste serie di individui sani e normali, dati che offriranno un grande vantaggio anche al medico specialista come termine di confronto nello studio delle alterazioni patologiche di queste funzioni.

Il laboratorio sarà inaugurato nel corrente decembre e noi gli auguriamo fin d'ora larga fortuna.

Intanto chi voglia rendersi conto dell'indirizzo delle moderne ricerche antropometriche e del nascente laboratorio, potrà consultare la memoria del dott. *Aldobrandino Mochi*, intitolata: « *L'Istituzione di un Laboratorio Antropometrico nel Museo Nazionale d'Antropologia dell'Istituto di Studi Superiori di Firenze* ». (Estratto del Supplemento al vol. XXX dell'*Archivio per l'Antropologia*).

La Direzione sente il dovere di ringraziare gli Autori che si degnarono inviarle in dono le seguenti pubblicazioni:

Bertarelli dott. E. e Calamida dott. U. — *Osservazioni istologiche. e sperimentali sul significato eziologico delle forme blastomicetiche nelle tonsille.* (Stamperia dell'Unione tipografico-editrice, Torino, 33, Via Carlo Alberto; 1901).

Botey dott. Riccardo. — *Hechos Clinicos de Oto-Rino-Laringologia* (Tipografia La Academie, de Serra Hos y Russell, Ronda de la Universidad, Barcellona; 1901).

Calamida dott. Umberto. — *Resoconto statistico dal 1° giugno 1895 al 31 dicembre 1898 della Sezione Otojatrica del Policlinico generale di Torino, diretto dal prof. G. Gradenigo.* (Stamperia dell'Unione Tipografico-editrice; 33, Via Carlo Alberto, Torino; 1899).

Idem. — *Sui polipi sanguinanti del setto nasale.* (Estratto dall'Archivio italiano di Oto-Rino-Laringologia, vol. XI, fasc. 4; Torino, Stamperia Tipografico-Editrice, 33, Via Carlo Alberto, 1901).

Idem. — *Terminazioni nervose nella membrana del timpano.* (Estratto dall'Archivio italiano di Oto-Rino-Laringologia; vol. XI, fasc. 3; Stamperia Tipografico-Editrice. Torino maggio 1901).

Idem. — *Sulla presenza di corpi fuxinofili o forme blastomicetiche nella tonsilla faringea.* (Comunicazione fatta alla Regia Accademia di Medicina di Torino nella seduta del 14 luglio 1899. Estratto dal Giorn. della R. Accademia di Med. di Torino 1899, n. 7).

Idem. — *Sulla fine della distribuzione dei nervi nelle tonsille.* (Comunicazione fatta alla R. Accademia di Medicina di Torino nella seduta del 14 luglio 1899. Estratto dal Giornale della R. Accademia di Med. di Torino 1899, fasc. 7).

De Roaldes dott. e Ring dott. — *Eleventh annual report of the eye, ear, nose and throat hospital* (New-Orleans — La Graham and Son Ltd Printers 207-211 Baroune St., 1901).

Genta dott. Silvio. — *Gli schiacciatori del Grazzi nella cura meccanica della faringite granulosa.* (Estr. dalla Clinica Moderna; anno VII, n. 30; Tipografia L. Niccolai, Firenze 1901).

Gradenigo dott. prof. G. — *Die Hypertophie der Rachen-tonsille* (Verlag von Gustav Fischer; Jena, 1901).

Heimann dott. Theodor. — *Uber letale Ohrerkrankungen* (Verlag von Gustav Fischer; Jena 1901).

Holmes dott. C. R. and Garlick dott. H. S. — *Accidents attendig adenoid operations.* (Reprinted from the Laryngoscope St Luis, May 1901).

Martuscelli prof. Giulio. — *Due casi di anomalia del padiglione dell'orecchio di cui uno seguito da operazione.* (Estratto dal vol. XII, fasc. I dell'Archivio italiano di Otologia Rinologia, e Laringologia; Torino 1901; Stamperia dell'Unione Topografico-Editrice, 33, Via Carlo Alberto).

Martuscelli dott. Giulio e Rota dott. Giuseppe. — *Ricerche sperimentali e istologiche sull'asfissia rapida per annegamento, con speciale riguardo alle lesioni delle prime vie respiratorie e dell'orecchio.* (Estratto dagli Archivii italiani di Laringologia, Anno XXI, fascicolo 4; Tip. Francesco Vallardi, Largo Trinità Maggiore 12, Napoli 1901).

Mochi dott. Aldobrandino. — *L'istituzione di un laboratorio antropometrico nel museo nazionale d'antropologia dell'Istituto di studi superiori in Firenze.* (Tip. di Salvadore Landi, Via S. Caterina, Firenze, 1901). *(Continua).*

CRONOLOGIA DEI GIUDIZI TECNICO-PRATICI
sulle proprietà terapeutiche della EMULSIONE SCOTT (1)

1. *Napoli, 5 Luglio 1885.*

Ho somministrato l'Emulsione Scott ad alcuni bambini linfatici e ad altri affetti già da pronunziata scrofolosi, sottraendo loro qualunque altra cura farmaceutica. Dopo qualche mese, riveduti quei piccoli ammalati, li trovai migliorati assai, talchè mi convinsi della reale virtù profilattica e curativa, che insieme ad opportune condizioni dietetiche e climatiche, spiega in tali casi la detta Emulsione. D'allora in poi la prescrivo molto spesso nella mia pratica pediatrica, e me ne trovo sempre contento.

Prof. Cav. DOMENICO FRANCO
Professore pareggiato della R. Università di Napoli
Direttore della Policlinica « Salute ».

2. *Milano, 7 Luglio 1885.*

Posso dichiarare per la pura verità che l'Emulsione Scott d'olio di fegato di merluzzo con ipofosfiti, diede buon risultato nella Pia Casa di Nazareth, dove, disgraziatamente, abbiamo molte scrofolose e malattie lente di petto.

Dott. FILIPPO ROSSI
Medico nel Pio Istituto Nazareth e case filiali
Corso Venezia, 79.

3. *Milano, 7 Luglio 1885.*

Dichiaro io sottoscritto che l'Emulsione Scott venne provata in parecchi ammalati di questo Istituto Oftalmico. Essa ha sull'olio di fegato di merluzzo semplice o ferrugginoso il vantaggio d'esser presa volentieri così dai bambini come dagli adulti, e di poter essere tollerata dallo stomaco in dose più alta.

Gli effetti benefici sulla nutrizione naturale paiono essere più rapidi di quelli che si conseguono coll'abituale cura dell'olio di fegato di merluzzo semplice.

È perciò una forma di rimedio assai commendevole.

Dott. GIOVANNI GRASSELLI
Medico Aggiunto, Istituto Oftalmico, *Via Castelfidardo 15.*

(1) Dalla raccolta di attestazioni comunicataci dalla ditta proprietaria della « EMULSIONE SCOTT », Signori SCOTT & BOWNE, Ltd. Chimici di Londra, con casa succursale in Italia - Viale Porta Venezia, 12 - MILANO. La ditta spedisce campioni a richiesta dei Signori Medici.

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1883 — Tipografia Cooperativa, Via Monalda N. 1.

Anno XX. **Firenze, Febbraio 1902.** **N. 2.**

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Alcuni casi di chirurgia dell'orecchio

pel Prof. A. TRIFILETTI (Napoli).

La coincidenza di quattro interventi chirurgici sullo orecchio (1), necessitati per sindromi mastoidee alquanto varie, nonchè l'esito relativamente favorevole ottenuto in tutti essi, ci ha più di ogni altro incoraggiati alla presente pubblicazione.

Ma un altro incoraggiamento ci è venuto dalla considerazione, che casi del genere, anche apparentemente comuni, non sono quasi mai scevri di qualche insegnamento per chi s' interessa delle varie questioni che si connettono a simili interventi.

Però in compenso, ed anche perchè altri può vantare interventi più numerosi e fors'anche più fortunati dei nostri, noi saremo brevissimi, ci limiteremo, cioè, ad un rapido resoconto dei casi, e faremo seguire, anche in breve, qualche considerazione pratica più opportuna.

*
* *

I. Giovane contadino di valida salute, senza precedenti morbosi nè personali, nè ereditarii, si ammala nel dicembre 1900 di una otite

(1) A parte altri due interventi, occorsi qualche mese prima, e le cui storie cliniche, facienti parte del nostro « *Movimento Statistico* ecc. » sono state pubblicate in questo stesso *Bollettino*, fasc. 12, 1900.

media acuta, a sinistra. I forti dolori d'orecchio si calmano spontaneamente dopo alcuni giorni, con l'apparire della secrezione auricolare. D'allora ha luogo un'alternativa di relativa quiescenza e di esacerbazione dei sintomi, specie dolorifici, che sono risentiti più forti alla mastoide, e poscia compare il gonfiore retro-auricolare.

L'infermo si presenta a noi in queste condizioni ai primi di gennaio 1901. Rileviamo: flemmone acuto retro-auricolare, svolgendosi più specialmente verso la punta dell'apofisi; forte dolorabilità alla mastoide tanto spontaneamente che alla pressione, ma con resistenza ossea ovunque conservata, suppurazione abbondante dall'orecchio; movimento febbrile a carattere indeterminato con stipsi, anorressia ecc.; oltre alle note comuni di una otite media acuta perforata. — Era stato curato, in paese, con le rutinarie siringazioni.

Ci limitiamo nel momento ad un'accurata disinfezione della cassa timpanica, e nei primi due o tre giorni, come di solito, abbiamo segni evidenti di regressione di tutti i sintomi, subbiettivi e locali; poscia, questi ripigliano il loro corso progressivo ed incalzante. Si aggiorna l'operazione.

12 gennaio 1901. *Mastoidotomia.* — Anestesia generale al cloroformio. Taglio retro-auricolare presso l'attacco del padiglione ed attraversante il flemmone, che non è suppurato, fino al periostio, che mostrasi arrossito. Scollamento di quest'ultimo insieme ai tessuti molli sovrastanti. Trapanazione della mastoide nel luogo di elezione, ossia apertura dell'antro con lo scalpello ecc. Troviamo il tavolato esterno dovunque compatto, e vinta la sua resistenza si ha come un getto di pus dall'antro. Allarghiamo l'apertura con la sgorbia ed il cucchiaio tagliente, e rileviamo: libera comunicazione dell'antro con gran parte delle cellule mastoidee, risultando così una vasta cavità, che è infarcita di pus e di piccole granulazioni rosse. Queste vengono con diligenza raschiate intorno alle pareti della cavità fino ad avere dovunque sensazione di osso compatto. In fine si praticano: lavacri disinfettanti, toccamenti al cloruro di zinco ad $^1/_{15}$, zaffamento con garza al iodoformio e bendaggio.

In vero, fummo tentati per un momento di medicare *per prima* e di lasciare soltanto un drenaggio nella parte inferiore della ferita, come ha consigliato recentemente il Moure, ma ce ne astenemmo stante l'ampiezza della cavità ascessoide, fornita di pareti rigide.

La cura consecutiva, come già s'intravede, procedette come meglio non poteva: sollecitamente cessò lo scolo dal condotto uditivo e cedette l'ingorgo dei tessuti retro-auricolari; indi man mano si ricolmò quella breccia ossea, ed una cicatrice osteo-cutanea piccola, non infossata si ebbe dopo appena due mesi dall'operazione. Il potere uditivo si ristabilì quasi al grado normale.

La guarigione si è mantenuta in seguito.

II. Adulto, cameriere, di sana costituzione, è preso verso la metà del gennaio 1901 dai sintomi di una otite media acuta, a sinistra. Persistendo i forti dolori auricolari, gli vengono per cinque volte

praticate da altro curante delle punture nell'orecchio. I dolori, anzichè cedere, incalzano e si diffondono in tutta la metà sinistra del capo, assumendo forma spiccatamente accessionale verso l'alto ed il mezzo della testa. In queste condizioni l'infermo si presenta a noi. Notiamo d'importante che, mentre la secrezione auricolare è a volta a volta abbondantissima, nessuna tumefazione e nessuna dolentia è accusata a livello della mastoide, anche alla pressione forte; ed all'esame otoscopico, molto modeste, complessivamente, sono le note dell'otite media perforativa. Rileviamo in fatti una limitata perforazione della membrana timpanica nel suo segmento antero-inferiore, e, cosa singolare, una specie d'ingorgo e di procedenza della porzione *flaccida*, da simulare una produzione polipoide.

Il fatto più importante, però, era la membrana timpanica rimasta relativamante integra rispetto all'abbondante secrezione, il che unito alle note di *sclerosi timpanica*, rilevabili nell'altro orecchio, il sano, ci convinsero che anche nell'orecchio leso dovevano preesistere condizioni sclerotiche della cassa, d'onde la resistenza del timpano ad una perforazione maggiore, e che perciò urgeva innanzi tutto stabilire chirurgicamente un più libero drenaggio dell'orecchio medio.

Pensammo, più che allargare l'esistente perforazione, fare una parziale miringectomia, la quale infatti praticammo il 18 marzo in corrispondenza della perforazione e servendoci dell'anestesia generale, attesa la grande pusillanimità dell'infermo, e con l'aiuto dell'otoscopia.

Si ebbe quiescenza di tutti i sintomi, specie dolorifici per 24 ore, indi novella riaccensione delle crisi dolorifiche verso il vertice, sempre persistendo la perfetta indolentia della mastoide anche alla percussione forte. Soltanto dopo alcuni altri giorni cominciò ad affacciarsi un edema dei comuni tegumenti ricovrenti l'apice della mastoide: edema a volta accentuandosi, a volta mitigandosi; il che ci fece decidere ad intervenire regolarmente.

25 marzo. Mastoidotomia. — Anestesia cloroformica. Incisione cutaneo-periostea retro auricolare come di norma, e relativo scollamento fino a scovrimento della regione di elezione per l'antroctomia. Incontriamo la corticale compatta, eburnea al punto da far spuntare lo scalpello, e vinta appena la sua resistenza si ha un abbondante getto di pus. Allarghiamo man mano l'apertura, ne sondiamo il fondo, e scovriamo una cavità abbastanza ampia, profonda, risultante dalla fusione delle cellule infero-interne della mastoide, fin da raggiungere l'incisura digastrica ed essere limitrofa alla regione maxillo-palatina. Da questo punto di vista la malattia poteva ben dirsi una forma di *mastoidite* di Belzold. — La cavità è ripiena di pus e nel contempo contiene piccole granulazioni rosse, le quali vengono con diligenza raschiate. L'antro è piccolo, profondo, e lo si vede rincantucciato in sopra ed in dentro della breccia operatoria: non appare molto interessato dal processo, ed una prova se ne ha

dall'ulteriore decorso della malattia, giacchè fin dal primo giorno dall'operazione scompare ogni secrezione dall'orecchio. Ben s' intende che attesa l' ampiezza del focolaio, è fatta medicazione per seconda.

La cura post-operatoria fu semplice e concludente: sollecitamente si ricolmò la breccia dal lato della regione maxillo-palatina, poi la parte che guardava l'antro, e così man mano fino alla cicatrizzazione cutanea, avvenuta nell' elasso di circa un mese e mezzo. In seguito, a varî intervalli, l'infermo è stato riveduto sempre in ottimo stato. Ed anche come grado uditivo, l'infermo ha assicurato, in definitiva, di sentire quanto prima della malattia, ma al certo a noi è risultato non essere inferiore a quello dell'orecchio sano.

III. Bambinella di mesi 18, pallida, denutrita, poco sviluppata rispetto alla sua età, ma esente da manifestazioni tubercolari o sospette come tali nel resto dell' economia; è tutt'ora allattata dalla madre che ha avuto alri due figli, di cui uno è morto per catarro intestinale, ed ella stessa, la madre, è sana, quantunque abbia sofferto di recente reumatismo con sinovite ad un ginocchio, però senza conseguenza. La malattia auricolare della nostra piccola data dai primi di febbraio 1901, e si è iniziata con sintomi subacuti, cioè febbre, prostazione di forze, indi scolo dal condotto e gonfiore retro-auricolare, a destra. Si presenta a noi verso la fine dello stesso mese. Riscontriamo, oltre ad una otorrea fetida, una fistola mastoidea, con apertura circolare riempita di granulazioni flaccide e cosparse di secreto anche fetido; l' esame con lo stiletto rileva nel fondo della fistola rugosità ossea. Eravamo, quindi, già innanzi ad un esito di mastoidite suppurata e di una otite media di egual natura, cioè trattavasi di una necrosi del tavolato esterno della mastoide, con relativa fistola osteocutanea, con stato fungoso delle parti ecc. Senz'altro aggiorniamo l' intervento.

15 aprile. *Operazione.* — Anestesia generale con etere e cloroformio senza alcun incidente. Ablazione delle più grosse granulazioni esterne con le forbici, e di quelle più profonde col cucchiaio. Allontanamento dei tessuti molli e del periostio intorno all'apertura fistolosa. Allargamento di questa fino a scovrimento di una grossa placca necrotica in corrispondenza della regione antrale e vicinanze. Il sequestro, che non è ancora mobile, è però fragile, ed è quindi facilmente allontanato col cucchiaio tagliente; si mette così allo scoverto gran parte delle cellule mastoidee, compreso l'antro, il quale è piccolo e lo si vede rincantucciato in fondo alle cellule antero-inferiori. Esso è riempito di granulazioni piccole, dure, grigiastre, che vengono raschiate accuratamente insieme a quelle più rosee e molli intarcite nelle cellule mastoidee, finchè non si ha sensazione di osso sano da per tutto. Con piccoli cucchiai raschiamo il fondo dell'antro cercando di agire nel senso dell'aditus, ed eguale condotta teniamo dalla parte della cassa timpanica sulla guida dell'otoscopia; e poichè anche da questo lato le alterazioni non appaiono rilevanti, così

crediamo, almeno nel momento, bastevole questa specie d'*intervento radicale* salvo a ricorrere, occorrendo, all'operazione regolare di Stach. Va come detto, che tanto la breccia mastoidea che la cavità della cassa furono trattate, come al solito, con lavacri disinfettanti, con toccamenti al cloruro di zinco, poi zaffate con strisce di garza al jodoformio, applicandovi su un bendaggio.

Il seguito dell'operazione può riassumersi in questo modo: dopo una quiescenza di tutti i sintomi, la suppurazione ha mostrata tendenza a riprendere il suo carattere di cronicità, in modo da farci pensare ad un nuovo intervento. Ma per quanto logico questo appariva in sè, altrettanto nel caso concreto ci rimaneva in dubbio, se fosse stato sufficiente ad accelerare la guarigione, atteso lo stato di denutrizione e di debolezza della piccola inferma, mentre d'altro canto eravamo sicuri di aver demolito tutto il magagnato. Un altro dubbio sull'utilità di un terzo intervento ci veniva dal vedere che la suppurazione continuava nello stesso grado, tanto dal lato della cassa, quanto da quello della mastoide, dove l'intervento era stato, certamente, assai generoso.

Comunque sia ciò, con pazienti medicazioni locali e con qualche compenso generale, che ha sollevato lo stato di nutrizione, e con lo svezzamento, man mano anche le condizioni locali hanno ripreso il loro regolare andamento, ed oggi, dopo non ancora nove mesi dall'operazione, sono migliorate al punto da assicurare una prossima guarigione, senza altro intervento.

IV. Bambina, di 3 anni e mezzo, anch'essa, come la precedente, pallida, denutrita e poco sviluppata; è figlia di padre sano e robusto, e di madre anche sana, ma con tracce di rachitismo osseo al tronco ed agli arti inferiori; la loro condizione economica è misera. Era già malata di otorrea, a sinistra, da un anno, e di un circoscritto gonfiore retro-auricolare da un mese, allorchè si è presentata a noi nel gennaio 1901.

Ad un esame superficiale, stante anche la relativa indolenzia della lesione, pensiamo ad un semplice ascesso periosteo o paramastoideo, e, riservandoci d'intervenire, facciamo applicare nel momento caldi cataplasmi di linseme sulla regione. In seguito ai quali, la raccolta si apre spontaneamente con fuoriuscita di abbondante marcia, e sangue. Dopo di che la regione mastoidea si sgonfia, ma rimane una rilevatezza circoscritta come un ascessolino furuncolare allora aperto, che si appiana dapprima, poi torna a rilevarsi, accompagnandosi, a volta a volta, a febbre, ad abbattimento, a stipsi ecc Passa così breve tempo, dopo di che l'inferma ritorna a noi, nel marzo seguente, nelle suddette condizioni. Seduta stante, a scopo d'esplorazione pratichiamo una profonda incisione sulla mastoide, e quindi, specillando, ci persuadiamo trattarsi di una vera fistola mastoidea, però comunicante direttamente con la cassa. Aggiorniamo l'intervento.

17 aprile. Operazione. — Anestesia generale col cloroformio, che

nel bel mezzo dell'operazione dà luogo ad un passeggiero incidente. Incisione delle parti molli, prolungando in sopra e in basso l'apertura fistolosa, la quale corrisponde al punto di norma di simile taglio. Abrasione del tessuto cicatriziale e di qualche grossa granulazione circondante l'apertura cutanea della fistola. Il periostio intorno all'incisione resiste allo scollamento per tessuto neoformato, che sanguina abbondantemente. Troviamo il tavolato esterno della mastoide ruvido e scabro. Riusciamo ad aprire gran parte delle cellule mastoidee col solo aiuto del cucchiaio tagliente ed allargando man mano la fistola ossea. Rileviamo che questa percorre le cellele mastoidee limitrofe alla porzione ossea del condotto e raggiunge direttamente la cassa timpanica : il quale tragitto è confermato dall'otoscopia. Per la breccia fatta, meglio ancora che per il condotto uditivo asportiamo numerose e piccole granulazioni grigiastre dalla cassa, nonchè altre più rosee che ingombrano il tragitto fistoloso. Le une e le altre vengono raschiate accuratamente fino a sentire dovunque osso resistente. In fine, come al solito, lavacri disinfettanti, causticazione al cloruro di zinco ad $^1/_{15}$, zaffamento, con strisce di garza e bendaggio.

Il decorso post-operatorio trascorre su per giù come nell'operata precedente : dapprima emendamento dei principali sintomi, poi tendenza alla loro ripresa, e quindi discussione da parte nostra sull'opportunità di un nuovo intervento. Ma stante le deficienti condizioni di salute dell' inferma, anche qui prevale l' idea di soprassedere.

Intanto, con le pazienti medicazioni locali, con qualche tonico interno e sopratutto con la migliore alimentazione, insieme al risveglio della nutrizione generale, si inizia un periodo di progressivo immegliamento delle condizioni locali, che oggi, dopo non ancora 9 mesi dall'operazione, sono migliorate al punto che ci assicurano in una prossima guarigione senz'altro intervento.

*
* *

Certo non può sfuggire a chi si fa a considerare questi nostri casi d'intervento sull'orecchio in generale, come essi rappresentino, in quanto a riservatezza di pronostico e ad importanza dell'atto operatorio una gradazione crescente rispetto all'ordine in cui sono stati eseguiti ed annotati ; e che, al contrario, si appalesano come sindrome subiettiva o dolorifica. Ciò vale quanto dire la differenza che passa fra mastoidite acuta e mastoidite cronica, o tendente alla cronicità, in generale.

Non starò a rilevare, in fatti, nei primi due casi l'accentuata sindrome dolorosa, singolare nel secondo caso per la sua forma accessionale e la direzione presa dai dolori e

capace di deviare l'attenzione del chirurgo dalla mastoide; nonchè il colpo di fuoco, per così dire, inferto dall'intervento ai relativi processi minaccianti di divampare ancor più. Come pure, non mi fermerò sul quadro clinico quasi opposto, presentato dagli altri due casi, nè sulle sembianze ingannatrici assunte qui dai processi mastoidei, specie nell'ultimo caso con l'apparenza esterna di una lesione furuncolare; nè, in fine, sul lavorio post-operatorio durato, per risparmiare a quei due temporali una demolizione maggiore, e quindi alle piccole inferme un pericolo maggiore di vita, stante la loro mal ferma salute.

A noi sembra soltanto apparente la lungaggine mostrata qui dal periodo post-operatorio, ed ognuno se ne potrebbe convincere se tutti i casi del genere fossero pubblicati.

Se noi ci siamo male opposti a non intervenire, o se avremmo dovuto seguire la corrente degl' intervenzionisti ad oltranza, non spetta a noi il dirlo; ma osiamo affermare che in simili casi importa dare la debita importanza all'andamento lento e subdolo dei sintomi, nonchè alle condizioni generali di salute degl'infermi, per intervenire solo a tempo e luogo, e così evitare noie maggiori. Ha formato, già si sa, un canone per i vecchi chirurgi il rivolgere a queste condizioni generali la maggiore attenzione prima di ogni sorta d'interventi: canone che noi ancor oggi non possiamo contraddire, quantunque armati di tante risorse di laboratorio per la ricerca della natura dei processi morbosi. La quistione, in somma, è tutta pratica, e va risoluta secondo il caso concreto.

Nelle due piccole operate, infatti (prescindendo da quello che avrebbe potuto dirci l'esame batteriologico o quello istologico dei prodotti asportati), erano evidenti il deperimento organico e la tendenza delle lesioni alla cronicità fin dall'inizio del male, sebbene fossero assenti nel resto dell'economia manifestazioni tubercolari o sospette, di modo che era prevedibile che, volendo accelerare la guarigione, forse non un solo intervento, ma più interventi, fino all'annientamento dell'intero temporale, sarebbero stati necessari; e tutto ciò con quali pericoli o noie lasciamo

ad ognun immaginare. Una prova del legame delle condizioni locali a quelle generali l'ha dato lo stesso decorso post-operatorio, il quale, dapprima oscillante, si è poi regolarizzato col risorgere dalla nutrizione generale. Se le deficienti condizioni generali ci hanno resi prudenti a non intervenire ulteriormente, dobbiamo per altro essere contenti del risultato che si va ottenendo, essendo sicuri della prossima guarigione completa.

Del resto ci assiste il fatto, che non siamo i soli a pensare a questo modo. Il Lermoyer, nel recentissimo Trattato di terapia auricolare, parlando di questi casi, dice: « *di riporre nelle medicature consecutive all'operazione la chiave del successo più o meno definitivo* »; ed anche il Brindel, della scuola di Moure, facendo una rivista al suddetto libro (1), accetta questa proposizione. Sicchè noi osiamo trarre il seguente corollario: *che nelle lesioni croniche del temporale può avvenire talvolta che, anche dopo fatta la operazione apparentemente la più radicale, non significa avere del tutto espletata la nostra opera di chirurgo.*

Terminando, ringraziamo i dott. G. Prota, A. Sacchetti e G. Isaia del loro gentile aiuto.

Napoli, Gennaio 1902.

Intorno alla cura moderna del Crup

per il Dott. DOMENICO TANTURRI fu Vincenzo

Assistente nella Clinica di Laringoiatria della R. Università di Napoli diretta dal Prof. F. Massei.

Comunicazione fatta al IV Congresso di Pediatria tenutosi in Firenze (Ottobre 1901).

La cura moderna del crup riflette, oggi, come si rileva dalle più ricche statistiche, le due grandi scoverte scientifiche, delle quali la pratica si è impossessata ; la

(1) V. Revue hebd. de laryngologie, d'otologie etc.; 30 novembre 1901. Bordeaux.

sieroterapia antidifterica e la intubazione. Dissidenti oramai ve ne sono pochi, ma, se rari sono quelli che diffidano della prima, più numerosi sono quelli che combattono la seconda. Ciò, naturalmente, invoglia a seguitare lo studio, sopratutto per quanto riguarda i mezzi per raggiungere il *desideratum* della perfezione nella cura di una infermità che mieteva spietatamente i piccoli ammalati.

La intubazione nel *crup* è un'operazione che non comprende la sola manovra d' introduzione di un tubo in laringe, bensì rappresenta tutta una cura, alcune volte, molto lunga, che incomincia dalla prima introduzione della cannula e termina con la definitiva estubazione. Questo periodo è sempre e continuamente pieno di pericoli, i quali si possono grandemente ridurre se si terranno presenti tutti quei progressi che l'esercizio ci ha suggerito.

Io dividerò questo studio nei seguenti paragrafi: 1° scelta del tubo; 2° rimozione del filo; 3° enucleazione; 4° medicazione dei tubi; 5° alimentazione; 6° scelta del siero.

1.° *Scelta del tubo*. Questa riguarda la materia di cui sono fabbricati, il loro calibro: *a*) I più rinomati intubatori preferiscono gli ultimi tubi di O'Dwyer: quelli di vulcanite con anima di metallo, sterilizzabili, senza perdere i rapporti di coesione tra quella e questo: furono il testamento dell' immortale Pediatra. Hanno il grande vantaggio di essere molto leggieri (e quindi più difficili ad essere espulsi), ma sopratutto di impedire le incrostazioni (il che riduce assai gli effetti del trauma sulla mucosa e permette la più lunga permanenza di essi in laringe); *b*) Il calibro di questa nuova serie di tubi è studiato in modo inappuntabile: come conclusione finale di una lunga esperienza, O' Dwyer ha finito per estendere a 7, invece di 6, la collezione. In una memorabile monografia (Intubazione prolungata. Cause e cura (Retained intubation tubes. Causes and treatment), v. Archivii italiani di laringologia. Anno XVIII, 1898, fasc. I, pag. 41, egli riferisce di aver visto facilmente espellere i tubi relativi ai bambini da 3 a 4 anni. Allora intuì che bisognava allargare la scala, proprio per quanto riguarda questa età: cosicché egli la modificò in modo da adoperare i tubi da 3, 4 anni per quelli da 5 a

6, i numeri 5, 7 della vecchia scala per quelli che rispondono all'età da 6 a 7 anni, ed aggiunse un tubo per i bambini di 3 anni: inoltre consigliò di avvalersi di tubi che abbiano il corpo di un età e la testa di quella superiore, adattandoli ai bambini della età superiore, nei quali, ragioni anatomiche reclamano la introduzione di tubi dal corpo sottile.

Ond'è che, occupandosi di queste minime differenze volumetriche, riuscì a risolvere, in modo relativo, se non assoluto, la stabilità del tubo.

Non recherà maraviglia se io riferisca a questo dotto Consesso che una volta io prolungai la intubazione per 136 giornate, caso che fu pubblicato, (1) come già il Massei, (2) in un altro, per 54, e che, sebbene avessi ripetuto sul medesimo soggetto 40 volte la intubazione, non ebbi mai a lamentare il più piccolo trauma della mucosa.

Bokay (Ueber das Intubationstrauma), richiamando alla memoria le cause del trauma da intubazione, ha fatto precisamente notare che questi accidenti riguardano più la mano dell'operatore che lo strumentario, e quindi, superate le difficoltà della costruzione, gl' inconvenienti restano grandemente ridotti. Come si fa a scegliere un tubo nei singoli casi? Noi badiamo alla età apparente e non alla reale (come la chiama Escat); ma con la nuova serie di O'Dwyer, rare volte ci siam dovuti distaccare dalla età vera. In tutti i modi, prima di togliere il filo, noi ci assicuriamo che il tubo non scenda molto giù, studiando bene, col tatto, la posizione della testa nei suoi rapporti con le pliche ari-epiglottiche. In contrario, sogliamo subito sostituire una cannula più grande; e se, invece, il tubo è troppo grande, facciamo l' inverso.

2°. *Rimozione del filo.* Di questa pratica ora ne facciamo un dogma: 1° perchè conservare il filo significa mettere chiunque, e primi i piccoli pazienti, nella possi-

---

(1) Tanturri D. *Su di un caso non comune di intubazione prolungata:* (*Giorn. Inter. delle Scienze mediche.* Anno XXII).

(2) Ajello L. *Intubazione prolungata. Contributo alla cura della laringo-stenosi* ecc.: (Atti del IV Congresso della Società ital. di Laringologia, di Otologia e di Rinologia. Empoli, Traversari 1900).

bilità di compiere una rapida e mortale estubazione; 2° perchè il filo può arrecare lesione alla epiglottide, all' ugola ed all'angolo labiale; 3° perché i bambini, forniti di denti, spessissimo lo troncano, distruggendo così la ragione per la quale lo si rispetta, quella cioè di poter rapidamente ritirare il tubo: il mettere, però, qualunque profano nelle condizioni di poterlo fare, rappresenta, se io non vado errato, un pericolo maggiore e nella letteratura sono ricordati esempi tristissimi; 4° infine, la presenza del filo ostacola grandemente la deglutizione.

Da questa legge deroghiamo soltanto eccezionalmente e temporaneamente, nei casi nei quali la intubazione, richiesta per un crup che dati da più giorni (a preferenza pseudo-membranoso secondo il linguaggio di alcuni della scuola francese), vien fatta prima di procedere alla cura siero-terapica: allora soltanto, per sei, dodici ore, lasciamo il filo, che ritiriamo quando abbiamo certezza della fluidificazione degli essudati.

3°. *Enucleazione.* Poichè l'ablazione del tubo presenta, per lo meno le medesime difficoltà della intubazione, noi volemmo provare la enucleazione alla Bayeux. Egli la compie abitualmente con i tubi corti, ma poichè secondo la scuola del prof. Massei, questi non sono preferibili, ci provammo a tentarla anche con tubi lunghi e vi riuscimmo 80 volte su 100. Sogliamo andare alla ricerca della punta del tubo, o dal basso in alto, o dall' alto in basso, fermandoci nella ricerca là dove la si sente chiaramente senza fare altro che una leggiera pressione sull' anello cricoideo, evitando così gli addebiti che si fanno, perfino quello di poter produrre la frattura dell'arco anteriore dell'anello cricoideo. Questa manovra, semplice e rapida, rappresenta (quando può compirsi) il miglior mezzo di estubazione. Ma poichè non sempre vi si riesce, così è alla estubazione con l'estrattore, cui ricorriamo, con massima oculatezza, imperocchè è desso veramente causa frequente di lacerazioni della mucosa.

Qualunque sia il metodo di ablazione della cannula, noi abbiamo sempre a portata di mano un tubo di ricambio: i nostri apparecchi, perciò, sono forniti di due, o più

serie di tubi: così abbiamo potuto talora, vincere un fulmineo spasmo glottico, reintubando in gran fretta. Compagno fedele nostro è nella intubazione, un catetere di gomma: in taluni casi nei quali per una qualunque ragione la reintubazione presentò un certo ritardo e si minacciava asfissia, riuscì più agevole la introduzione di un catetere: senza dire che questo può superare, se ve ne sono, ostacoli più profondi. E col catetere (nella estubazione, qualunque sia il metodo prescelto) abbiamo cura di preparare sempre una siringa di etere, ossigeno, pinze per trazioni linguali e tutto quanto può domare una minacciosa apnea.

4.° *Medicazione dei tubi.* Massime nei casi nei quali al processo cruposo iniziale succede uno degenerativo o necrotico della mucosa laringo-tracheale (lesioni para-difteriche del Massei), abbiamo ricavato vantaggi sensibilissimi, sia in clientela privata che negli ospedali, dalla pratica di medicare i tubi, cioè dallo spalmarli, prima della introduzione, giusta il consiglio di O' Dwyer, di sostanze medicamentose: l'ittiolo, e l'allume sono i rimedi ai quali ricorriamo più volentieri. Il primo sopratutto che uniamo a gelatina (1 : 10), la quale va leggermente riscaldata prima. Nel Nosocomio dei morbi infettivi D. Cotugno, dove il prof. Massei dirige il reparto difterici, tale pratica è per noi di prescrizione, quando, dopo la cura iniziale della laringo-stenosi per crup, il tubo debba essere mantenuto a lungo in sito. In un caso di necrosi della cricoide ed ascesso postumi di crup, nella mia pratica privata, dopo poche medicature all'ittiolo, i fatti laringo-stenotici migliorarono in pochi giorni al segno che potei procedere alla rimozione finale della cannula.

5.° *Alimentazione.* L'alimentazione degli intubati non ci desta più preoccupazione: per i lattanti, l'Egidi (1) consigliò la gelatina di carne, e realmente essa rende notevoli

(1) Egidi F. *Cinque casi di intubazione per crup nei bambini lattanti. Svezzamento immediato e nuovo mezzo di nutrizione.* (Atti del IV Congresso della Società ital. di Laringologia ecc. ecc. Empoli, Traversari, 1900).

servigi; ma noi ora, generalmente, più che delle comuni pappe, ci serviamo della sonda esofagea che, nei piccoli, si riduce ad un semplice catetere flessibile. L'alimentazione viene metodicamente fatta ogni sei o otto ore, sia con latte o brodi soltanto, sia con l'addizione di cognac, uova ecc. E senza tema di andare smentiti, possiamo affermare che questa pratica ci ha dati i più soddisfacenti successi.

6.° *Scelta del siero.* Poichè la pratica dimostra che quanto più il siero antidifterico è concentrato, tanto più rapidi e sicuri saranno gli effetti, noi usiamo costantemente il siero Behring, come quello che finora ha raggiunto la massima concentrazione, ed esclusivamente il numero III. A seconda che la infezione duri da più o meno tempo, ripetiamo la iniezione dopo 12, 24 ore o più, sorvegliandone gli effetti e traendo criteri dalla reazione febbrile e dalla liquefazione degli essudati. Nella pratica privata, talora, nei casi gravi iniettiamo il numero VI, D. (3000 U. I. in 4 centimetri cubici di veicolo) ma il costo elevato, ci obbliga ad usarne soltanto in famiglie agiate. Preferiamo il siero Behring a tutti, perfino a quello di Roux, perchè il metodo di dosamento di Ehrlich, non generalmente accettato, nè sempre rigorosamente seguito, è il solo che affida della quantità di sostanza immunizzante contenuta, e per ora solo quello di Behring è concentrato e dosato in modo, da rispondere alle esigenze della pratica. In altri termini, preferiamo ad una iniezione di 10, 20, 30 cc. di siero quella di un siero che, in minore volume, contiene una più alta dose di controveleno.

Concludendo, ci sia lecito di stabilire che se noi poniamo massima fiducia, nella cura del crup, nei sieri concentrati (Behring) non possiamo negare che, per molte ragioni, spesso è un atto operativo che viene urgentemente richiesto per combattere la grave laringo-stenosi. Preferiamo la intubazione. Non condanneremo chi operi di tracheotomia, ma ricordiamo che le statistiche recenti relative alla intubazione (combinata alla sieroterapia) sono assai promettenti; cioè del 25-27 °|. di morti, sia in Francia che in America e da noi, mentre quelle della tracheoto-

mia segnano il 45 50 %. La nostra statistica privata e quella ospedaliera non si distaccano da quelle generali, mentre possiamo assicurare che, altra volta nell'Ospedale Cotugno la mortalità era del 90 %. Ora questa spaventevole cifra è discesa al 20 %, e di ciò vanno debitamente rimeritati, l'uso del siero Behring e la tecnica della intubazione, con quelle modifiche e con quei mezzi complementari che ho rapidamente esposti. Tengo a fare, terminando, una dichiarazione: in questa lusinghiera statistica io sono stato inesorabile; vi ho compreso un caso di morte durante l'operazione, due casi di morte per pulmonite preesistente alla operazione, ed altri nei quali la morte è avvenuta nelle prime 24 ore.

Malgrado ciò, nessuno non potrà salutare con gioia questo immenso progresso, che rimane indissolubilmente legato a due nomi gloriosi, E. Behring e G. O' Dwyer.

RASSEGNE

1. **Terminazioni nervose nella membrana timpanica**; per il dott. U. Calamida. — L'A. ha praticato ricerche in proposito nella membrana timpanica di vari mammiferi usando a preferenza il metodo rapido del Golgi; fece anche preparati al cloruro d'oro, i tentativi colla reazione vitale di Erhlich non dettero risultato. Fu trovato che l'origine dei filamenti nervosi è diversa per lo strato cutaneo e per il mucoso.

I nervi dello strato cutaneo appartengono all'auricolo-temporale ed al ramo auricolare del vago. I rami nervosi del condotto uditivo penetrano dalla periferia della membrana e si diramano nello strato cutaneo ove presto perdono la mielina; alcuni seguono i vasi formando dei plessi esili che danno fibre al vaso stesso e gli corrono parralleli, altri formano dei plessi indipendenti a decorso irregolare scorrendo pure su vari piani. Vi sono dei filuzzi che decorrono isolati ed altri che si diramano formando delle arborizzazioni. Vi è un ricco plesso sotto-epiteliale da cui si staccano dei filamenti, che si mettono in rapporto coll'epitelio.

Per lo strato mucoso si ha un ricco plesso, derivato dal nervo di Jacobson, che segue il decorso della branca arteriosa del manico del martello e dà sottili fibre ai vasi formando poi un plesso sotto-epiteliale, con terminazioni libere nell'epitelio.

Vi sono fibre di collegamento fra i due plessi attraverso lo strato

fibroso, e fibre che vengono direttamente dal condotto attraversando la membrana propria.

Tanto il condotto uditivo che il padiglione sono riccamente innervati; i filamenti nervosi vi provengono dalla branca auricolare del plesso cervicale, dallo pneumogastrico (branca auricolare) e dall'auricolo-temporale. (*Dall' Archivio d' otologia, rinologia*, ecc.; maggio 1901). LIGORIO (Firenze).

2. **Alcuni appunti sugli otoliti della rana**; per il dott. MARAGE. — L' A. ha fatto ricerche chimiche sul liquido dell'orecchio interno della rana ed ha trovato che è formato da una soluzione di bicarbonato di calce e magnesia in liquido ricchissimo d' acido carbonico. Togliendo il liquido dalla cavità naturale si fa lattiginoso per precipitazione di cristalli di carbonato di calce. Anche in vita vi sono cristalli sospesi nel liquido stesso e questi formano gli otoliti la cui esistenza è stata dall' A. dimostrata a mezzo della radiografia facendo nel loro insieme una immagine nera sulla positiva poichè intercettano il passaggio ai raggi ultravioletti.

Secondo l' A. questa mescolanza ha un grande potere di conducibilità del suono e tale appunto sarebbe l' ufficio degli otoliti. Le ricerche saranno continuate anche per altri animali.

(Dagli *Archives Internationales d'otologie, laringologie* ecc.; sett.-ott. 1901). LIGORIO (Firenze).

3. **L' angina da spirilli e bacilli fusiformi**; per il dottor H. SALOMON. — Secondo le statistiche di Neisser si nota che mentre il bacillo difterico si trova nel 30 °[o dei casi di affezioni pseudomembranose della faringe, gli spirilli e bacilli fusiformi si trovano solo nel 3 °[o. Vi è inoltre antagonismo fra le due infezioni perchè tutte le volte che i bacilli fusiformi si distinguevano per abbondanza e purezza mancavano sempre i bacilli difterici.

L' A. ritiene invece questo genere di infezione molto più comunemente in relazione colla sifilide secondaria della faringe; e fra gli altri riporta due casi in cui l' angina da spirilli aveva preceduto immediatamente la manifestazione di placche mucose.

Reperto netto di spirilli e bacilli fusiformi si ebbe pure da un bambino affetto da stomatite aftosa e da un adulto con stomatite ulcerosa mercuriale.

(*Dalla Semaine Médicale* an. 1091, n. 40). LIGORIO (Firenze).

4. **L'amigdalite faringea acuta primitiva nei bambini**; per i dott. E. AUSSET e DORION. — Se è molto conosciuta l' infiammazione della amigdala faringea che è solita accompagnare alcuni processi infettivi generali o locali (scarlattina, rosolia, difterite), altrettanto non può dirsi quando il processo di amigdalite si svolge in organismo immune dalle cause ora accennate e su amigdale prima sane.

Queste amigdaliti primitive iniziano bruscamente o sono precedute da lieve corizza, si ha temperatura, prostrazione, vomito; a questo poco dopo si unisce tosse insistente secca penosissima. Segno importantissimo, e disgraziatamente non costante, è l'otalgia che met-

te subito sulla via di esaminare la gola. Allora si vede la parete faringea posteriore coperta di muco, tumida, arrossata: colla palpazione si sente una tumefazione dura e liscia diversa dalle vegetazioni adenoidi che si sentono invece mollicce.

La rinoscopia posteriore sarebbe utilissima però non si può praticarla quasi mai data l'età dei pazienti, del resto basta la palpazione e l'ispezione semplice.

Il prognostico generale è buono : alcuni casi però si complicano con ascessi retrofaringei, otiti medie, adeniti o a fatti di metastasi infettive (nefrite, endocardite): spesso la malattia dura due o tre settimane e lascia la glandola ipertrofica.

Nella cura gli AA. propongono le istillazioni di olio mentolato all'1 per cento. Tali istillazioni fatte tre volte al giorno costituiscono la miglior cura adatta per dei bambini, meglio delle irrigazioni abbondanti o delle medicature con tamponi dalla via orale. (Dalla *Semaine Médicale*, n. 40, 1901). LIGORIO.

5. **Di una rara complicazione auricolare della parotite epidemica**; pel dott. E. GUARNACCIA. — L'A. riporta il caso di un bambino di 6 anni il quale al seguito di una parotite epidemica bilaterale leggera perdette completamente l'udito. Tale sordità sopraggiunse in modo rapidissimo tanto che nel volgere di 15 giorni dall'inizio della parotite era già completa. L'esame praticato dall'A. dette per risultato che l'orecchio, la gola, il naso erano obiettivamente sani; era cessata la percezione non solo dei suoni, ma peranco dei rumori, del resto non vi era vertigine, nè vomito, nè barcollamento.

Tentata la cura colla pilocarpina e le correnti elettriche nulla si è ottenuto; è stata iniziata la cura iodica.

L'A. attribuisce questa perdita dell'udito ad una labirintite dovuta a penetrazione fin là dei germi patogeni provenienti dalla parotide, e secondo lui la via seguita sarebbe quella dei linfatici. Moŝt ritiene che si tratti di una labirintite emorragica, o sierosa, non in rapporto a condizioni locali, ma allo stato generale.

Se le infiammazioni dell'orecchio medio sono fra le complicanze non rare della parotite, questa, la laberintite, è stata poco osservata, e secondo l'A., è rara. L'esito è da prevedersi sempre pernicioso per la funzione uditiva, essa infatti può migliorare nei casi unilaterali, ma non ritorna mai nei bilaterali e nella statistica del Blan su 21 caso 8 erano di labirintite doppia.

Furono consigliate le iniezioni di pilocarpina, l'infuso di jaborandi, l'elettricità, l'joduro, la ginnastica vocale ed acustica ecc.

Circa alla rarità di questa complicazione ed all'esser essa poco trattato nei Manuali della specialità, mi giova però ricordare come già nel 1886 il nostro prof. Grazzi avesse nel suo Manuale d'otologia (pag. 630) riportati e discusi tre casi simili, accennando appunto come la laberintite possa riconoscere quale causa etiologica una parotite. E fin da allora era accertata la gravità e refrattarietà della affezione che poteva tener dietro ad una malattia relativamente leg-

gera, quale è la parotite. (Dalla *Rassegna internazionale della medicina moderna;* novembre 1901). LIGORIO (Firenze).

6. **Hechos clinicos de otorinolaringologia;** per il dott. R. BOTEY. — Dobbiamo alla rimarchevole attività scientifica del valente specialista di Barcellona questo nuovo ed importante lavoro.

In due volumi l' A. ha raccolto una ricca serie di casi clinici corredati di tutte quelle notizie che pongono il lettore in grado di fare da sè quelle considerazioni razionali che egli avrebbe escogitate se avesse avuto sott'occhio, per così dire, il malato.

Questa raccolta di casi clinici, facili è difficili, frequenti e rari, è per tutti utilissima e lo spigolare in questi due volumi accresce la messe delle cognizioni di qualsiasi esercente. V. G.

7. **Sull'efficacia della sieroterapia nella difterite e le funeste conseguenze del suo uso tardivo;** per il dott. SUAREZ DE MENDOZA. — L'A. osservando come non siano ancora terminate le discussioni sulla efficacia della sieroterapia antidifterica dice che meglio di tutte le altre dimostrazioni vale quella offertaci dalle statistiche pubblicate dopo l' introduzione di questo metodo di cura in confronto a quelle precedenti. A Parigi dopo il 1895 si è visto abbassare la media annuale dei morti per difterite da 1432 a 354, e queste sono cifre già di per sè eloquenti. Dopo aver passato in rassegna le percentuali portate da vari autori, ed aver visto come sia abbassata la mortalità e la frequenza di atti operativi sulle prime vie respiratorie, l'A. lamenta come da qualche tempo sia invalso l'uso di praticare tardivamente la sieroterapia ottenendone perciò effetti assai minori. Si è falsamente attribuito all'uso precoce del siero la comparsa di fenomeni paralitici che non sono da imputare se non alla malattia stessa, mentre al siero si potrebbe tutt' al più imputare di non averli prevenuti. Le conclusioni cui arriva l'A. in questa rivista di tanto valore pratico sono le seguenti:

1. Il siero non provoca fenomeni paralitici, ma anzi può costituirne il trattamento in certi casi.
2. La pratica ha mostrato che il siero anche un po' invecchiato non porta inconvenienti.
3. In casi comuni la dose classicamente fissata per l'età del bambino è sufficiente.
4. In casi gravi occorre sostituire al metodo classico le iniezioni di dosi gradatamente crescenti.
5. La precocità delle iniezioni è di capitale interesse.
6. Il tempo perduto per assicurare clinicamente e batteriologicamente la diagnosi può esser fatale.
7. Il medico che indugia 2 o 3 giorni a praticare la sieroterapia, e poi si meraviglia di non averne gli effetti sperati, mostra di non conoscere le proprietà del rimedio che usa.
8. Le statistiche che portano la mortalità discesa dall' 80 % al 16 % sono la miglior prova dell'efficacia della sieroterapia antidifterica (*Arch. de Méd. et Chir. spéciales;* ott. 1901). LIGORIO (Firenze).

BIBLIOGRAFIA

Verhandlungen der deutschen Otologischen Gesellschaft auf der Zehuten Versammbung in Breslau. Am. 24 u. Mai 1901. (*Rendiconto della 10ª riunione della Società Otologica Tedesca, che ebbe luogo in Breslavia il 24 e 25 maggio 1901*): pubblicato dal dott. A. Hartmann; Editore G. Fischer. Jena.

Analizzato dal dott. T. Bobone (San Remo)

E' un bel volume di 235 pagine, con due tavole litografate e 10 incisioni nel testo. Dopo i soliti discorsi d'occasione ed il rendiconto morale e finanziario della società vengono le comunicazioni lette al congresso, in n. di 29. Tra di esse notiamo quelle di *Berthold* sulla vaporizzazione intranasale e sui toni entotici; di *Brieger*, relativa alla tubercolosi primaria del temporale con pachimeningite tubercolare, e ad un caso di tubercolosi acuta dell'orecchio medio, che fu punto di partenza di una meningite tubercolare; di *Panse* sullo stato attuale delle misurazioni della capacità uditiva, di *Scheibe* sull'osteite della capsula laberintica; di *Habermann* sull'osteite cronica del temporale; di *Görke* sulla carie degli ossicini, di *Hinsberg* sul meccanismo per il quale succede l'infezione nella meningite da suppurazione dei seni frontali, ecc.

Però il *clou* della riunione furono i due rapporti, quel di *Jansen* e l'altro di *Brieger*, sullo stato attuale della dottrina della piemia otitica, e la lunga interessante discussione che ne seguì; la cui esposizione occupa più della metà del rendiconto, l'interesse che si connette a quest'argomento è troppo grande, vista anche la notorietà dei due relatori, nonchè la loro competenza in tale questione, per non poterci esimere dal riassumerne, almeno, le conclusioni.

Jansen, dopo accennate le divergenze, ancora esistenti tra i vari autori in proposito, s'occupa dapprima del quesito riguardante l'insorgere della piemia otitica ed il sottostrato di essa. Enumera la trombosi del seno, più o meno settica, totale o parietale, poi la trombosi non settica, meccanica, prodotta da ascessi estradurali circumambienti al seno, e l'influenza della periflebite. Reputa un errore l'aggredire operativamente la trombosi non settica, cioè puramente meccanica. Rileva la frequente compartecipazione del bulbo della vena giugulare in quelle forme di piemie che seguono alle otiti medie acute, e la possibilità di trombosi parietali nel seno nei casi di osteoflebite dell'apofisi mastoide, quando le piccole vene di essa sono trombizzate fino al loro orifizio di sbocco nel seno. Dichiara che in tutti i casi di piemia da lui osservati ha *sempre* constatato un'affezione del seno, sebbene non neghi che piccole piemie possono originare direttamente da focolai situati nell' interno della mastoide. In 63 casi da lui osservati riscontrò solo 3-4 volte l'assenza di trom-

bosi del seno: solo in 2 di questi casi la lesione era tanto leggera da lasciar dubbio s'era stata essa il punto di partenza della piemia.

Alla piemia osteoflebitica nel senso di Koerner il relatore non può dare l'importanza che questi le ascrive.

Quanto alla cura, Jansen rileva come tutti sono d'accordo nella necessità di allontanare il trombo settico dal torrente circolatorio, mentre l'unità di veduta manca per quanto riguarda la trombosi parietale e la questione della legatura della vena giugulare.

Il rapporto di Jansen si riassume, quindi, nelle seguenti conclusioni:

1° La piemia metastatica per osteoflebite o per assorbimento diretto dall'osso non è provata in modo sicuro, o, per lo meno, non frequentemente.

2° Nella piemia bisogna ritenere come punto di infezione il seno od il bulbo della giugulare.

3° Quando l'esistenza della febbre dà l'indicazione per aprire la mastoide, si metta allo scoperto anche il seno.

Riguardo al quesito della legatura della giugulare Jansen opina: doversi la giugulare legare subito a principio dell'operazione tutte le volte che l'esistenza della flebite di detta vena non è dubbia e tutte le volte che v'ha sepsi grave, o setticopiemia. Si farà invece l'allacciatura dopo che si sarà scoperto il seno quando, apparendo quest'ultimo sano, e non essendovi affezioni perisinusali, la piemia decorrerà con forti oscillazioni di temperatura e brividi; oppure quando, date le medesime condizioni, vi sarà periflebite o trombosi parietale.

Le indicazioni per l'apertura del seno sono date: 1° dalla presenza di un trombo settico; 2° dalla gangrena della parete del seno; 3° dai brividi ripetuti, le forti oscillazioni della temperatura e cattivo stato generale; 4° dalla neurite ottica.

Dopo ciò Jansen enumera ancora due indicazioni per l'allacciatura della giugulare *dopo* l'apertura del seno, la quale deve eseguirsi: 1° quando il trombo settico giace, o giacque, in tutta vicinanza del bulbo; 2° quando, non ostante l'apertura del seno, i brividi persistono, la temperatura non cede, e continuano i sintomi cerebrali.

Brieger divide il suo rapporto in 3 capitoli: 1° Genesi della piemia otitica; 2° Sintomatologia e Diagnosi; 3° Terapia.

Il 1° capitolo si riassume nelle conclusioni seguenti:

1° Infezioni generali otogene a forma piemica sono originate per lo più da flebite dei seni.

2° In certi casi può, senza che esista trombosi dei seni, aver luogo l'invasione diretta dei batterii dal focolaio primitivo nelle vie circolatorie.

3° Non è provata la pioemia da processi osteoflebitici nelle vene della mastoide.

4° Le particolarità nel decorso ascritte alla piemia osteoflebitica s'addicono alle infezioni generali che seguono alle suppurazioni

acute dell'orecchio medio: son determinate dalla trombosi parietale, e s'osservano anche in casi di trombi otturanti.

5° Ordinariamente la flebite del seno ha luogo per trasmissione diretta di processi flogistici nei dintorni del seno.

6° La flebite dei seni s'accompagna piu frequentemente alle otiti da streptococco.

Le conclusioni in ordine alla sintomatologia e diagnosi dicono:

1° I sintomi dell'infezione generale si presentano in prima linea.

2° Nella flebite dei seni la febbre non ha, regolarmente, il tipo piemico. Talora può mancare, od esser debole.

3° Solamente l'esistenza della febbre a tipo piemico è decisiva per la diagnosi.

4° Le metastasi nella piemia otogena sono generate, a preferenza, da embolie provenienti da trombi disfatti; talora sono anche generate esclusivamente da embolie batteriche.

5° I sintomi di stasi o di flebite nel territorio delle vene che stanno esternamententе al seno — Emissarie, Giugulari — sono utilizzablili per la diagnosi solo limitatamente.

6° I sintomi meningei che insorgono nella trombosi dei seni possono considerarsi come prodotti da aracnite purulenta solo quando la puntura lombare dà risultato positivo.

7° Una volta messo il seno allo scoperto, la puntura e l'incisione di esso devono completarsi nel condurre a porto le ulteriori investigazioni.

8° Tutti i metodi di esplorazione diretta del seno portan seco dei pericoli i quali si possono, per lo più, evitare; quello specialmente dell'aspirazione dell'aria.

Quanto alla cura, Brieger opina:

1° Che la flebite del seno dev'essere sempre trattata operativamente. Anche quando sonvi complicazioni gravi, o metastasi estese — Meningite, ascesso polmonare, con pio-pneumotorace — la possibilità di una guarigione non è esclusa.

2° L'operazione deve cominciare sul focolaio primitivo.

3° La trombosi primaria del bulbo della giugulare dev'essere operata a preferenza sulla giugulare che sul seno.

4° La legatura della giugulare non può evitare la formazione di metastasi; soventi rimane, dal punto di vista profilattico, inefficace.

5° Perciò lo eseguirla dipende da indicazioni ben determinate.

Ai due rapporti segue una lunga, esauriente, discussione dalla quale si rileva come l'assemblea aderisce, in maggioranza, alle idee espresse dai due oratori.

Termina questo rendiconto un discorso fatto dal Dott. Brieger ai membri della Società Otologica che andarono a visitare la sua sezione all'Ospedale, durante la qual visita potè mostrar loro dei casi interessanti.

Viene ultimo un breve rapporto sull'esposizione tenutasi durante

la riunione, comprendente modelli e preparati anatomici per l'insegnamento, ed apparecchi per la dimostrazione e l'esposizione di preparati secchi ed umidi, disegni, fotografie, apparecchi scientifici e strumenti.

NOTIZIE VARIE

Sezione di rino-laringologia del XIV Congresso Internazionale di Medicina. — Il Prof. V. Grazzi, della R. Università di Pisa, è stato nominato Relatore per trattare il seguente tema: « Valore delle cure locali nella tubercolosi laringea ». Avrà per colleghi in questa relazione i Dottori Krause e Roquer Casadesus.

Riunioni di Società Scientifiche inglesi. — In Inghilterra esistono tre Associazioni che si occupano delle nostre specialità: *La Società Laringologica, Rinologica ed Otologica inglese; La Società Laringologica di Londra, e la Società Otologica del Regno Unito.* Incominciando dal Gennaio di quest'anno sono stati fissati il mese ed i giorni delle varie riunioni del 1902 in modo che ogni socio può fino d'ora prepararsi per prendere parte a quelle sedute che più gli torneranno convenienti.

Adrenalina (Takamine). (*Principio attivo della glandola suprarenale*).

L'uso di soluzioni, ingegnosamente preparate, della glandola suprarenale per ridurre le congestioni locali della membrana mucosa, costituisce una delle tante benemerenze di cui si vanta la fine del secolo XIX, nella qual'epoca si sono più profondamente studiati gli effetti della cura suprarenale nel morbo di Addison ed in altre condizioni caratterizzate da perdita di tonicità vasomotrice.

La somministrazione originale si basava sul principio generale di compensazione, supponendosi che tali malati avessero bisogno dell'esatto composto chimico che le glandole suprarenali normalmente secernono od elaborano; l'esito felice della cura condusse poi ad analizzare l'azione del rimedio ed a presumere che, siccome essa si esplica sul cuore e sui vasi sanguigni, aumentando il potere di contrazione del cuore e dando tonicità o restringendo i vasi sanguigni, potesse applicarsi alle superfici corneali, nasali, faringee, ai capillari troppo dilatati e ridurne la congestione, impartendo loro tonicità od anche chiudendoli.

L'ipotesi fu trovata giusta, ed anche in Italia sono state preparate soluzioni gliceriche dell'estratto di glandola suprarenale dalle Case Erba e Zambeletti; la Casa Parke, Davis e C. di Detroit (S. U. A.) ha posto inoltre in commercio il suo « Liquido suprarenale con Clo.

retone » che riunisce in sè le proprietà della glandola alle proprietà anestetiche di Cloretone.

Ma, per quanto queste preparazioni siano accurate, presentano tuttavia dei difetti di capitale importanza, quali la incertezza della loro attività fisiologica, la presenza di una eccessiva proporzione di sostanze estranee e la immensa facilità di decomposizione.

Sapienti ricerche per isolare il principio attivo della glandola snprarenale sono state fatte da parecchi studiosi, ma senza resultati positivi o incontestabilmente soddisfacenti. Nei primi dell'anno testè decorso finalmente, fu al mondo scientifico partecipata la notizia di un tentativo felice da parte del dottor Jokichi Takamine, illustre figlio del Giappone — nazione che è — a differenza delle sue consorelle — stata aperta alla civiltà europea, non dal sinistro rombo del cannone, ma dalla serena influenza della scienza medica. Il dotto orientale, che fa parte del personale scientifico della ben nota Casa Parke, Davis e C., ha battezzato il suo prodotto col nome di « Adrenalina (Takamine) » che è una sostanza biancastra, microcristallina, solubile in acqua leggermente acidulata. Con Adrenalina si possono formare tre differenti specie di sali, con tre differenti acidi; di questi sali il più solubile è il cloruro. Queste soluzioni però si preparano con molta difficoltà, poichè Adrenalina si ossida rapidamente a contatto dell'aria.

Per superare tale difficoltà e per rendere più praticamente accessibile l'uso di Adrenalina, la Casa Patke, Davis e C., ha posto in commercio una speciale soluzione sterilizzata, di cloruro di Adrenalina all'1 per 1000 che è pronta per l'uso: alla soluzione stessa viene aggiunta una certa proporzione di cloretone, che è insieme antisettico ed anestetico.

Una goccia di questa soluzione, iniettata nell'occhio, imbianca la congiuntiva in pochi secondi, perciò va diluita, secondo il bisogno, con soluzione normale salina.

Come applicazione topica, per mezzo degli atomizzatori che si usano per la cocaina, la soluzione di cloruro di Adrenalina di forza variabile dall'1 per 1000 all'1 per 10,000 ha dato degli splendidi resultati in tutte le forme di infiammazione dell'occhio, sia traumatica che infettiva o dipendente da malattia costituzionale: la pupilla non si contrae nè si dilata. Nella febbre del fieno, in epistassi, laringite, rinite, otite catarrale acuta, congestioni e granulazioni dell'orecchio ed infiammazione acuta del timpano la soluzione di Adrenalina all'1 per 5000 soddisfa ogni ragionevole aspettativa. E non minore importanza ha la applicazione di soluzione di Adrenalina per la remozione di polipi, turbinectomia, tonsillotomia, ecc., poichè prepara un campo operativo senza sangue. Io credo pure che possano prepararsi suppositorii, unguenti, per emorroidi ecc., ed allargarsi in tal modo il suo campo di utilità, di già per sè stesso vastissimo.

Per uso interno la dose raccomandata della soluzione di cloruro di Adrenalina all'1 per 1000 è da 30 centigrammi a 2 grammi: si può

chiamare lo stimolante cardiaco ideale, poichè fa risentire i suoi effetti con mirabile prontezza e perciò indicatissimo in sincope cloroformica ed in molte anomalie cardiache.

Adrenalina (Takamino) non è venefica, o comulativa, nella sua azione e non ha effetto diretto sul sistema nervoso, perciò le applicazioni si possono ripetere quante volte la necessità le richieda.

Concludendo, non si può dubitare che la scoperta del dotto Giapponese non ottenga, per le sue proprietà astringenti ed emostatiche, un posto eminente nella nuova materia medica, in questi ultimi tempi abbondantemente arricchita dai maravigliosi progressi della chimica.

L. Lazi.

La Direzione sente il dovere di ringraziare gli Autori che si degnarono inviarle in dono le seguenti pubblicazioni:

Monaci dott. D. Silvio. — *Storia del R. Istituto nazionale pei Sordo muti in Genova.* (Tip. del R. Istituto dei Sordomuti in Genova, 1901).

Nardi dott. Jacopo. — *Sulla efficacia della cataforesi iodica nella cura della ipertrofia della glandola tiroide.* (Libreria Detken e Rocholl, Piazza del Plebiscito; Napoli, 1901).

Natier dott. Marcel et l'Abbe Rousselot. — *La Parole: Revue nationale de rhinologie, otologie, Laryngologie et phonetique experimentale.* (Institut de laryngologie et orthophonie, 6 Quai des Orfévres et 12 Rue Caumarten; Paris, 1901).

Natier dott. Marcel. — *Faus adénoidisme par insuffisance respiratoire chez les névropathes: troubles de la voix parlée et chantée.* (Publications de la *Parole:* Institut de laryngologie et orthophonie; 12, Rue Caumartin X^e 6, Quai des Orfévres; Paris, 1901).

Idem. — *A propos de l'article de MM. J. Thomson et L. Turner sur l'étiologie du stridulisme congénital chez l'enfant* (Publications de la *Parole:* Institut de laryngologie et orthophonie; 12, Rue Caumartin; 6, Quai des Orfévres, Paris, 1901).

Ostino dott. Giovanni. — *Le stenosi nasali in rapporto al servizio militare* (Enrico Voghera, Roma, 1901).

Ostino dott. Giovanni e Calamida dott. U. — *Contribuzioni cliniche ed istologiche nel campo della oto-rinologia* (Estratto dall'Archiv. italiano di otologia, rinologia e laringologia; vol. 10, fasc. I. Stamperia dell'Unione tipografica editrice, 33, Via Carlo Alberto, Torino, 1900).

Pini dott. Alberto. — *Un caso di pustola maligna guarita col siero Sclavo.* (Casa editrice dott. Francesco Vallardi, Corso Magenta, 48, Milano).

Poli dott. Cammillo. — *I progressi della otologia nel secolo XIX.* (Tip. G. B. Marsano, 19, Via S. Bernardo, Genova, 1901).

Rigaccini dott. G. B. — *La profilassi celtica in Italia.* (Tip. Cooperativa, Siena 1902).

Thomson dott. J. et Turner dott. A. L. — *Etiologie du stridulisme congenital chez l'enfant.* (Publications de la *Parole:* Institut de laryngologie et orthophonie ; 12, Rue Caumartin 6 ; Quai des Orfévres, Paris 1901).

Zünd-Burguet dott. A. — *Rectification de la parole et développement des restes auditifs chez un sourd-muet.* (Publications de la *Parole.* Institut de laringologie et orthophonie ; 12 Rue Caumartin 6 ; Quai des Orfévres, Paris 1901).

Idem. — *De la valeur comparative des procédes medicaux ou chirurgicaux et des exercices orthophoniques dans le traitement de certains vices de prononciation.* (Publication de la *Parole,* Institut de laryngologie et ortgophonie. 12, Rue Caumartin 6, Quai des Orfévres, Paris 1901).

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1902 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza 44.

Anno XX. Firenze, Marzo 1902. N. 3.

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Istituto di Anatomia Patologica dell'Universitá di Camerino.

Su di un tumore così detto amiloide della laringe

Studio del Prof. G. PACINOTTI.

Il dì undici dicembre ultimo decorso procedemmo alla necroscopia di Capelli Domenica di anni 42, nata a Belforte, entrata nell'Ospedale il 28 settembre 1901, e morta in Clinica Medica il 9 dicembre, per multiple lesioni da antica infezione tubercolare.

Donna molto gracile, vissuta sempre in misere condizioni, aveva già da due anni subìto in questo Ospedale una laparotomia a scopo curativo di una peritonite tubercolare.

Necroscopia. — Dal reperto di autopsia notiamo solo le cose più essenziali al soggetto che dobbiamo trattare.

Nel cadavere profondamente emaciato si distingue ancora sulla faccia anteriore dell'addome in corrispondenza della linea onfalo-pubica una cicatrice lineare già antica, che depone per la laparotomia cui era stata assoggettata la inferma.

L'addome è alquanto tumefatto, con macchie verdastre nei quadranti inferiori, da incipiente putrefazione. Aperto, vedesi tanto il peritoneo viscerale, che il parietale iperemico, mentre in alcuni punti

ha un colorito nerastro ecchimotico. Le anse dell' intestino gracile sono tra loro tenute insieme, come in un grosso gomitolo, da delle briglie connettivali dense, resistenti che saldano le anse tra loro, e questo al grande epiploon, che esso pure retraendosi e ispessendosi si è saldato alla faccia posteriore della parete anteriore addominale.

Queste aderenze sono fatte da false membrane, che in nessuna parte però impediscono colla loro retrazione la canalizzazione del tubo digerente.

Sulla lamina mesenterica, sul peritoneo viscerale, e parietale, esistono tuttora delle granulazioni migliari biancastre, e altre più grosse nodulosità giallastre poltacee, caseose, isolate, o riunite in gruppi, disseminate quà e là, mentre altri noduli sembrano aver subito una trasformazione connettivale fibrosa.

Il fegato ha la glissoniana opacata per stratificazioni e pseudo-membrane con noduli e infiltrati caseosi tubercolari. È aumentato alquanto di volume e nella sua superficie di sezione ci mostra un aspetto come di noce moscata. Il parenchima è piuttosto friabile con leggero ispessimento a quanto sembra da iperplasia connettivale perilobulare.

La tintura d'iodio portata con pennello sulla superficie di sezione non dà arrossamento, e l'acido solforico diluito, non ne modifica affatto il colore.

Al microscopio non riscontriamo, in sezioni praticate a fresco col microtomo congelatore, nessuna traccia, nelle pareti dei vasellini sanguigni epatici, d'infiltramenti di sostanze estranee di qualsiasi sorta, ricercata anche la degenerazione amiloidea.

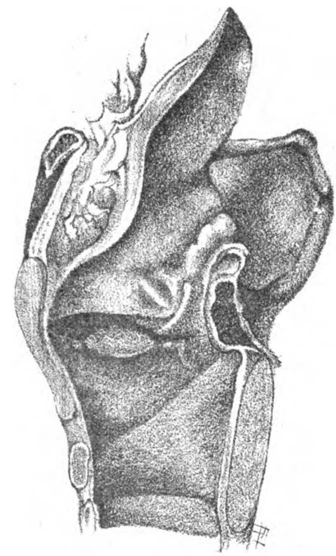
La milza ha la sua capsula al pari della glissoniana, ricoperta, di pseudo-membrane, e di stratificazioni, con infiltrati caseosi. Di volume poco più grande del normale, spaccata ci mostra la sua polpa di un colore uniforme feccia di vino, in parte diffluente.

I reni di volume normale si scapsulano facilmente. Allo spaccato vedonsi lisci grigiastri, come di un colorito più sbiadito nella parte corticale, variegati, e piuttosto congesti verso le piramidi. La tintura d'iodio, specie nella parte corticale non vi disegna punti o chiazze rossastre, che possano far sospettare la degenerazione amiloide. Al microscopio sottili sezioni, praticate pure a fresco col microtomo congelatore, non danno a riscontrare infiltrazioni e degenerazioni amiloidee, saggiate coi varii reattivi specifici; notiamo invece che il rivestimento epiteliale dei canalicoli e delle anse dei glomeruli, ha subito un rigonfiamento torbido, misto a degenerazione grassa.

Non ci fu permesso procedere all'esame della cavità cranica e del midollo spinale.

Nel torace ritroviamo che il polmone destro ha antiche e valide aderenze, che quasi ovunque saldano fra loro i due foglietti pleurali. Aderenze assai più limitate sono all'apice e posteriormente nel polmone di sinistra.

Fig: 1



Spiegazione della Fig. 1 = Sede e apparenza esteriore del tumore sulla corda vocale destra - (Grand: nat.)

...o F. Dell'Aquila.

Nel pericardio vi è poco siero limpido. Il cuore ha forma e volume normale, ma il suo miocardio è flaccido, molle, infiltrato di grasso, mentre nessuna alterazione rinveniamo negli orifici e apparati valvolari.

Rimossi i due polmoni, li ritroviamo più pallidi del consueto, anteriormente, mentre sono quivi enfisematici e con molteplici aree di antracosi.

Posteriormente ci mostrano ipostati e un leggero edema. Spaccati si sentono in alcune parti più consistenti, mentre in altre sono alquanto rammolliti. Nello spaccato dei due polmoni vedonsi più quà e là infiltrazioni e rammollimenti dati da masse caseose, circondate da indurimenti sclerotici del parenchima polmonare. A luce opportuna riconosciamo sulla superficie pleurale diverse granulazioni tubercolari.

La muccosa dei bronchi è arrossata, tumefatta e spalmata di muco purulento.

Le ghiandole peribronchiali sono tumefatte e mostrano infiltrazioni caseose.

Ricordando che la inferma aveva da vario tempo voce rauca, e negli ultimi giorni disfonica, esaminiamo la muccosa anche delle prime vie respiratorie. Notiamo intanto che la mucosa dei pilastri e della volta del palato, come quella della laringe, mentre non mostrano fatti ulcerativi, si fanno vedere invece succose, tumide, con iniezione di grossi vasi sanguigni assai evidenti.

Ma di notevole è il fatto seguente: *Sul margine libero della corda vocale di destra vi è un tumoretto grosso quanto una piccola fragola, roseo in alcuni punti, violaceo in altri, inserito ai due terzi anteriori della faccia inferiore, e al margine libero, della corda vocale circa nella sua metà, per un tenace peduncolo, che con leggera trazione non si distacca.* Alla palpazione sembra alquanto consistente per tutto, ed è come lobato, in modo, che la sua superficie esteriore, fatta da una sottile, ma non interrotta muccosa, ci appare come mammellonata.

Nella qui annessa *Fig. n. 1.* abbiamo cercato di riprodurre la sede, la forma ed il volume di questo tumoretto.

Esame anatomico del tumore. — Assieme alla corda vocale, su cui sta impiantato togliamo il piccolo tumore.

Esso, come notammo, ha una superficie alquanto mammellonata, ed un volume paragonabile ad una piccola fragola, ma è alquanto depresso antero-posteriormente. Attorno al suo peduncolo che è ai due terzi anteriori della faccia inferiore, e corrispondentemente alla metà del margine libero della corda vocale, mostra come delle piccole eminenze papillari, della muccosa, che circondano tutt' attorno il luogo di emergenza del tumoretto stesso. Colla sua parte più espansa questo ricopre, per quattro millimetri circa, il margine libero della corda vocale, ed ha una larghezza di circa tre mill. erigendosi nel suo punto più culminante sulla corda vocale per circa

cinque mill. Il peduncolo è cilindrico di poco più di due mill. in diametro, mentre è altrettanto lungo. Attorno alla base del colletto o peduncolo notansi altri piccoli rilievi papillari della muccosa, che presto si perdono. Il tumoretto spaccato nel suo mezzo antero-posteriormente si mostra di consistenza ineguale. Alla periferia pare più compatto, e fibroso, mentre nelle parti centrali si sente che è più molle, e molto ricco di vasi. Da questa disuguaglianza di composizione, assume una tinta bianca-grigia perifericamente, e di un bruno-nerastro nelle parti più centrali, per la presenza quivi di una, relativamente, grande, quantità di sangue.

Nessun nodulo cartilagineo, nè di maggior consistenza, trovasi nel suo interno.

Esame microscopico del tumore. Il tumoretto diviso assieme alla corda vocale in due metà uguali (destra e sinistra), per una metà l'abbiamo indurito nell'alcool assoluto, e nell'etere, e incluso in celloidina, e per l'altra metà lo indurimmo nel liquido del Müller. Col microtomone facemmo poi sottilissime sezioni istologiche.

Lo studio al microscopio delle varie sezioni fa vedere su per giù in ciascun preparato istologico una analoga disposizione di parti. La periferia del tumore è limitata da una muccosa un poco più sottile di quella che tappezza il rimanente della corda vocale. Il rivestimento epiteliale è fatto da cellule cilindro-cubiche con stratificazione di altri elementi epiteliali al di sopra, di una spessezza variabile a seconda dei vari punti.

Non si nota in alcuna parte una membrana omogenea limitante, ma segue uno straterello connettivale estremamente delicato, dove non riscontransi cellule arrotondite, ma in prevalenza elementi cellulari fusiformi, che hanno nuclei appena visibili e atrofici, specie avvicinandosi alle parti più centrali del tumore. Per contro un grande numero di cellule fusiformi, con nuclei fortemente tingibili, disposti in fasci e talora parallelamente fra loro, trovansi in corrispondenza del peduncolo, e subito al disopra del muscolo vocale.

Da questo punto di emergenza del tumore si partono come delle tramezze fatte da tessuto fibroso e da alementi cellulari a nucleo affusato, che sembrano dividere in lobazioni, la interna massa del tumoretto. Nelle varie lobazioni appariscono come degli spazi vascolari ripieni zeppi di sangue e degli abbondanti capillari fatti solo da rivestimento endoteliale, dove sono in numero maggiore del consueto i leucociti, tantochè molti di loro vedonsi migrati allo esterno della esile parete vasale, in guisa da fare più quà e là delle vere infiltrazioni leucocitarie. Questi spazi vascolari sono limitati da un rivestimento endoteliale ben riconoscibile, cui non tien dietro la fisiologica costituzione della parete vasale, ma in immediato contatto loro vi è un ammasso di sostanza omogenea perivasale, assai rifrangente, amorfa, disposta a zolle. Delle tramezze di tessuto connettivale sottilmente fibrillare, con nuclei piccoli, fusati, atrofici, non tingibili bene spesso, riempiono poi quasi in totalità la parte più cen-

trale del tumore, circondando le zolle amorfe, di sostanza omogenea.

Distinguonsi anche alcune arteriole dove tutta quanta la parete arteriosa è rappresentata da un tubo di sostanza omogenea, pallida, ialina, molto refrangente, disposta in masse o blocchi più o meno regolari tutt'attorno al rivestimento endoteliale. Dei piccoli spandimenti e focolai emorragici, che sembrano recenti, notansi in quà e in là, dovuti forse a stravaso per mancata resistenza delle pareti vasali, prese dal processo degenerativo sopra notato; e che è essenzialmente caratterizzato dalla esistenza di questa sostanza omogenea, anista, attorno ai vasi e spazi vascolari.

Tale sostanza non si modifica in presenza e a contatto dell'acqua, dell'alcol, dell' ammoniaca, degli acidi, dell'etere, del cloroformio.

Il trattamento di alcuni tagli istologici col liquido del Lugol ci spiega la vera natura della sostanza omogenea, anista, che trovasi attorno ai vasi di questo tumore, perchè questa prende un colore rosso-bruno, mogano, come fa appunto la sostanza amiloidea.

Preparati poi, che ci dimostrano con evidenza che qui si tratta di una degenerazione amiloide, che ha invaso questo nodulo fibroso vocale, li otteniamo col tenere per pochi minuti le sezioni state già nel liquido del Lugol, in una soluzione di acido solforico all'uno per cento, perchè allora la sostanza degenerata passa per un colore bruno più intenso, quasi al verde-bluastro, che si mantiene montando i preparati in glicerina. Anche la reazione col metil-violetto ci rimase positiva, come quella con il verde di metile, per accertarci che qui, quelle zolle omogenee, aniste non sono date da altro, che da degenerazione amiloide.

Notammo come le sezioni non si possano disidratare in alcol assoluto, e i tagli montarli in balsamo, perchè allora la specifica colorazione della sostanza amiloide non mantiene più il colore che le è proprio. Per quanto non specifica ci è sembrata di somma utilità la colorazione doppia con ematossilina ed eosina, specialmente per mettere in evidenza il rapporto della sostanza amiloide con le singole parti componenti la neo-formazione. Con questo trattamento la sostanza amiloide abbiamo visto che viene a colorirsi in roseo-chiaro, mentre rimangono tinti in violetto anche i nuclei delle cellule atrofiche in vicinanza immediata delle zolle amiloidi. Analogamente la colorazione di Van-Gieson dà qui dei buoni risultati.

Tuttavia per avere dei preparati duraturi, e definitivi, ci siamo con vantaggio attenuti al processo raccomandato dal Langhans che, come è noto, esso adopra anche per i preparati contenenti glicogene. In questo procedimento l'olio di garofani e le comuni essenze rischiaranti sono sostituite dall'olio di origano. E i tagli non debbono essere disidratati con il solo alcol assoluto, poichè questo estrarrebbe subito senz'altro lo iodio; ma fa d'uopo tenerli in un miscuglio di quattro parti di alcol assoluto ed una parte di tintura d'iodio, di soluzione officinale.

Noi questo procedimento l'abbiamo fatto seguire alla colora zione prima fatta dei nuclei con ematossilina, e ci ha dato buon risultato. Tanto che la figura II, che qui sta annessa, fu colorita con tal trattamento.

Il mio assistente, sig. Floriano Dell'Aquila, ricopiò alla camera lucida di Oberhaüser, al microscopio Hartnack (obiettivo 2) con la massima esattezza, in tutte le sue particolarità il preparato istologico che qui riportiamo (*vedi figura n. II*).

Seguendo il metodo del Langhans, solo la sostanza amiloide e il glicogene possono colorirsi; ma dal momento che tutte le reazioni specifiche come quelle del liquido del Lugol, solo, o con l'aggiunta dell'acido solforico, quella del violetto di metile, del verde di metile ecc., ci avevano dimostrata la vera natura della sostanza omogenea, amorfa osservata, rivelandocela come un prodotto della degenerazione amiloidea, non era il caso di pensare che qui si trattasse di altro processo degenerativo.

Sia, o no, la degenerazione ialina un fatto iniziale della degenerazione amiloidea, discussione che è ancora all'ordine del giorno, qui di sostanza ialina, saggiata con le opportune reazioni, non ne ritrovammo evidente esistenza. La sostanza ialina, è pure una sostanza omogenea, anista, ma assorbe poco, o punto le materie coloranti, il che non fa la sostanza amiloide. Di più la degenerazione ialina nelle arteriole ha per risultato la obliterazione del vaso, che si trasforma in un cilindro ialino, e tra le parti costitutive le pareti vasali, sono prime la intima e la media quelle che subiscono la ialinosi. Il che non accade per la degenerazione amiloide, nel maggior numero dei casi.

Nel tumoretto da noi studiato era invece evidente il fatto della mantenuta canalizzazione dei vasi e della relativa integrità del rivestimento loro endoteliale, quasi per tutto tuttora persistente, e ben riconoscibile, in ogni particolarità.

Che quella massa amorfa, omogenenea non fosse glicogene, oltre la maggiore compattezza che aveva: lo dimostrava il fatto che le sezioni tenute in acqua, come pure i pezzetti del tumore, induriti nel liquido del Muller, non lasciavano disciogliere quelle zolle di sostanza omogenea, come sarebbe dovuto accadere se si fosse trattato di glicogene. Ma poi ci mancavano le reazioni, ed i fatti chimici che ne provassero di questo la esistenza.

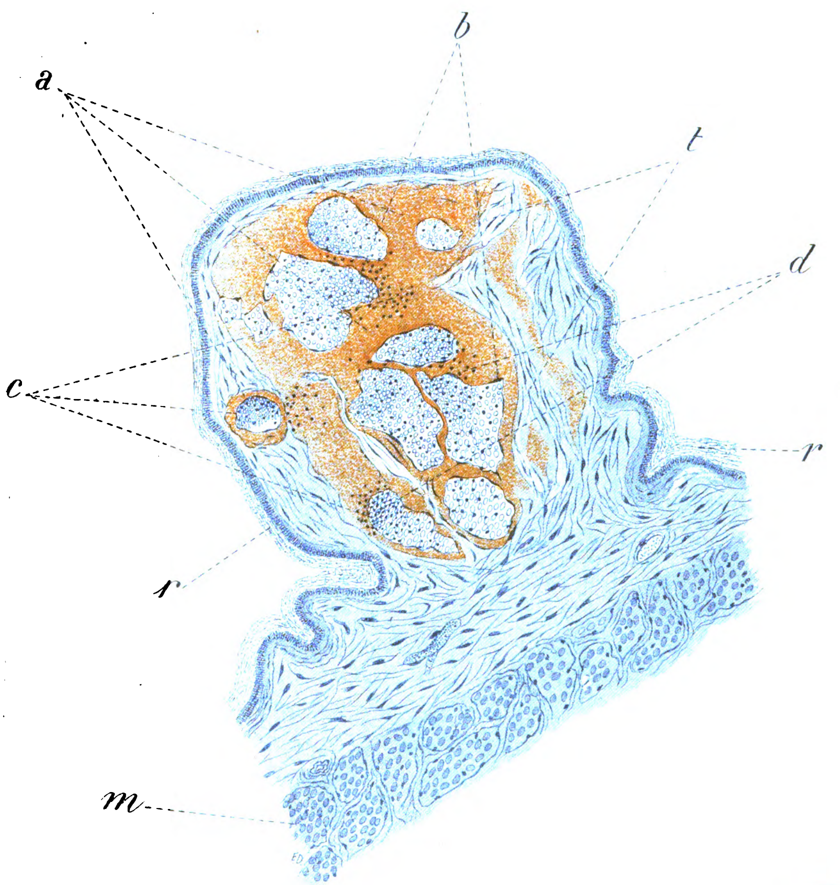
Diagnostico anatomo-patologico. — Presa così cognizione della composizione e della tessitura del tumore da noi ritrovato sulla corda vocale di destra, vediamo a quali neoplasie possiamo riferirlo.

Qui non è il caso neppur di pensare ai tumori maligni

Fig: 2

Spiegazione della Fig. 2 = Aspetto del tumore in una sezione [a]ntero-posteriore (Camera lucida di Oberhäuser - Obb: 2 Hartnack

[a]) Zolle di sostanza amiloide (Reazione Langhans) - b) Cellule [e]ndoteliali - c) Infiltrazione leucocitaria - d) Leucociti abbondan[ti] [de]ntro i vasi sanguigni - m) Muscolo vocale - r) Rivestiment[o] [m]ucoso - t) Tessuto fibroso che tramezza le zolle amiloidi.



[D]isegno F. Dell'Aquila.

ncolati, per lo
la ingombrare
genere bianco-
nze.
ammettono
rritati pos-
ali, che in-
ancerigni,
eri epite-

l Coyne,
ille va-
corde
sotto
dei

da

la-

i.

...e la consistenza variabile...

...formazioni hanno un aspetto...

...detti. I papillomi...

...in genere ricordano le verruche della

...tagliati opportunamente ed esami-

...constano di un duplice strato, cioè una

...di uno strato epiteliale formato di più

...e al di sotto di questo da una trama con-

...può contenere vasi e nervi.

...tra i tumori benigni della laringe sono i

...per Hartmann i papillomi costituiscono da

...metà delle neo-formazioni laringee. Nascono

...iore e mediana delle corde vo-

...ano di m... ad una

della laringe. E' nei tumori benigni che noi dobbiamo portare la nostra attenzione relativamente a ciò.

I tumori intralaringei, che di buona natura possono sorgere sulle corde vocali, sono generalmente conosciuti con la denominazione di polipi, ed oggi con l' uso del laringoscopio sono anche facilmente diagnosticabili.

I polipi in genere appartengono ai tumori benigni della laringe. La loro esistenza venne accertata fino dal 1767 dal Lieutaud. Dopo questa epoca i polipi della laringe furono argomento di molti studi tra i quali quelli di Ehrmann di Strasburgo, di Middeldorpf, di Breslau e di altri.

Interessante è rimasto però ancora a tal proposito il lavoro fatto dallo Schwartz.

I polipi della laringe sono neoformazioni per lo più poco voluminose di composizione e importanza variabile a seconda del tessuto che danno a vedere, e dal quale trassero la loro origine. Essi non hanno alcunchè di comune con le neo-produzioni tubercolari e sifilitiche, come meglio vedremo in seguito, e che pur talvolta ne possono mentire la esteriore apparenza.

I così detti polipi o tumori di natura benigna della laringe risiedono per lo più sulle corde vocali e, secondo una statistica del Bruns, furono ritrovati in tale sede 836 volte su 1100.

La forma, il volume e la consistenza variano a seconda della loro struttura e composizione.

Alcune di queste neo-formazioni hanno un aspetto decisamente papillare, e son detti, papillomi: talvolta moriformi, talvolta villosi; in genere ricordano le verruche della pelle, e come queste, tagliati opportunamente, ed esaminati al microscopio, costano di un duplice strato, cioè alla periferia sono fatti di uno strato epiteliale formato di più strati di cellule, e al di sotto di questo da una trama connettivale, che può contenere vasi e nervi.

I papillomi tra i tumori benigni della laringe sono i più frequenti; per Hartmann i papillomi costituiscono da soli più della metà delle neo-formazioni laringee. Nascono più spesso sulla parte anteriore e mediana delle corde vocali. Il loro volume varia da un grano di miglio, ad una

grossa castagna. Sono sessili, oppure peduncolati, per lo più unici, ma alcune volte multipli in guisa da ingombrare gran parte della laringe. Il loro colorito é in genere bianco-roseo; ma può cambiare per svariate circostanze.

Stoerk, Fauvel, Machenzie, Bruns, ed altri, ammettono che parzialmente asportati, o incongruamente irritati possano dar luogo ad atipiche proliferazioni epiteliali, che infossandosi nel tessuto fibro-dermico, come zaffi cancerigni, si possono per ciò in seguito comportare come veri epiteliomi.

Fino dal 1867 il Luschka, e successivamente il Coyne, dimostrarono sulle corde vocali inferiori delle papille vascolari assai più sviluppate nella metà anteriore delle corde vocali, che molto probabilmente sono quelle che possono sotto speciali irritazioni divenire istomatrice allo sviluppo dei papillomi.

Altre neo-formazioni laringee sono rappresentate da dei fibromi.

Krishaber ammette che la quarta parte dei tumori laringei siano di tal natura.

Essi pure prediligono per loro sede le corde vocali. Sono per lo più unici, sessili o peduncolati, rotondi, o lobulati, a grossi lobi grigiastri, talora nel loro interno cistici. Poco più grandi di un grano di canapa, possono arrivare talora al volume di un acino di uva. Al microscopio risultano composti di tessuto fibroso, che può subire varie degenerazioni, non esclusa la amiloidea. Sono ricoperti da uno strato di epitelio pavimentoso.

I missomi puri nella laringe sono assai rari. Tantoché il Massei, su 648 osservazioni personali di tumori della laringe, che possiede, non ne ha ritrovato che due soli casi di polipi mucosi.

Per missomi puri non vanno confusi dei fibromi che ci è noto, potere subire degenerazione missomatosa e talora cistica detti allora vescicolari da Krishaber.

Mackenzie, Brunsr, Baeckel, descrissero ancora dei tumori sessili a forma emisferica con superficie regolare, più o meno lobati di natura adenomatosa. Per quanto Ziemssen non ammetta gli adenomi laringei, non è improbabile, per

quanto rarissimi, che essi esistano, vista la molteplicità di glandole mucipare che quivi esistono. Degli adenomi flogistici, se tale parola si può usare, qui parlando di veri tumori, furono frequentemente osservati, in croniche laringiti. Ma questi più che veri tumori sono ipertrofie delle ghiandole, ripiene di cellule epiteliali, che hanno subito varie degenerazioni. Elsberg, Glascow, Bremer descrissero degli angiomi in corrispondenza o in vicinanza della commessura anteriore delle corde vocali in individui affetti da cronico catarro laringeo.

Anche dei lipomi da Bruns, Iones, Schroetter furono osservati come cosa estremamente rara in corrispondenza dell'orificio superiore della laringe e, da Bride, nell'interno della cavità della laringe.

Piccole cisti, non più grandi di un pisello, furono rinvenute sulle corde vocali. Per lo più hanno forma sferica, appaiono come traslucide; e sono sessili o peduncolate con contenuto sieroso giallastro trasparente, ma più spesso colloide.

Johnson in un caso ritrovò, come contenuto di una cisti, del sangue. La sacca cistica è tappezzata nel suo interno per lo più da cellule epiteliali appiattite.

Molto facilmente non facendo qui menzione di cisti parassitarie, che pure in questa sede si possono ritrovare, sono le cisti di cui sopra, da considerarsi come da ritenzione, per obliterazione del dutto di ghiandole mucipare, oppure come derivate da metamorfosi cistica di alcuni tumori.

Vediamo ora come si manifestano nella laringe i tumori da infezioni.

Fra i tumori più frequenti da infezione prendiamo solo in esame quelli derivati da tubercolosi e da sifilide.

La tubercolosi della laringe si riscontra frequente nei tisici quasi il 30 per cento, ed è una disseminazione per lo più da un processo preesistente polmonare, pur potendo essere un fatto anche primitivo.

Il Dott. Ariza, che fu il primo a pubblicare un lavoro nel 1877 intorno alle vegetazioni polipoidi, che si osservano

nella tubercolosi laringea, descrisse anche due casi di forma condilomatosa tubercolare.

Gouguenheim, nel 1889, dimostrò al congresso internazionale di Parigi che la laringite tubercolare può assumere talora la forma di tumori circoscritti, non ulcerati a guisa di vegetazioni. E questa varietà di laringite può essere primitiva come secondaria. Tali vegetazioni possono avere una conformazione nodosa, ed una intima struttura veramente tubercolare, con cellule giganti, e tipici tubercoli, oppure possono assumere l'aspetto di forme condilomatose con papille dentritiche piuttosto acuminate. Queste vegetazioni hanno sede tanto sulle corde vocali, quanto nei ventricoli del Morgagni, come sulla mucosa della faccia posteriore della laringe. Sono piuttosto dure, consistenti, ed hanno colorito biancastro, come i veri papillomi, almeno in un loro stadio di esistenza.

Il Dott. Avellis di Francoforte, aveva del pari notato dei tumoretti intralaringei ben delimitati, che offrono assolutamente l'apparenza talora di un fibroma, talora di un papilloma, ma che sottoposti all'esame microscopico si mostrano costituiti di elementi tubercolari (noduli, cellule giganti, bacilli tubercolari). Aveva inoltre osservato che questi tumoretti possono riscontrarsi senza coincidenza di lesioni polmonari, di modo che essi possono venire considerati come una forma speciale di tubercolosi laringea primitiva, tuttora localizzata.

Il Lermoyez, nel 1894, studiò queste vegetazioni tubercolari esso pure, ma poco vi aggiunse di suo di nuovo. Microscopicamente i caratteri delle vegetazioni tubercolari non si mostrano per un certo tempo differenti dai comuni polipi della laringe, ma per lo più d' importante vi è che sezionati lasciano vedere nel loro interno dei punticini giallognoli, che non sono altro che delle zone caseificate, mentre bene spesso con la opportuna colorazione specifica, nelle sezioni istologiche, vi si riesce a dimostrare i bacilli tubercolari; e quando non sia tale dimostrazione riuscita comprovante, possiamo far sempre la prova sperimentale della inoculazione nella cavità peritoneale della cavia, che nei casi positivi, in capo a 3 o 4 settimane, produce la

caratteristica tubercolosi generalizzata. In ciò è da avvertire che bisogna esser ben sicuri di aver remosso dalla superficie della vegetazione laringea, con diguazzamento in sostanze antisettiche, o in altro modo più congruo, tutto il muco che potesse lubrificarne la superficie, che essendo di provenienza polmonale potrebbe falsarne lo esperimento, contenendo esso il bacillo di Koch.

In una lezione sulla laringite tubercolare il Prof. Grazzi s' intrattenne assai su queste vegetazioni date dalla forma condilomatosa della tubercolosi laringea, che di buon' ora consiglia a removere, ed esaminare al microscopio e sperimentalmente, perchè nel caso che siano prima manifestazione dello attecchimento di un processo tubercolare, una volta remosse, possono facilitare la guarigione del paziente.

Il virus sifilitico può del pari localizzarsi nella laringe sotto forma di condilomi, che si differenziano da quelli della tubercolosi, oltre che dalla tessitura del tessuto, anche perchè sono foggiati a guisa di un sollevamento piatto, per iperplasia circoscritta corio-papillare a somiglianza delle placche mucose del cavo orale; oppure la sifilide può determinarvi (sifiloma nodoso) delle vegetazioni nodulose, circoscritte che vanno di buon' ora decomponendosi e producendo ulceri con margini duri, rialzati, grossi e a fondo lardaceo con tendenza ad approfondarsi assai rapidamente.

Da questa rassegna dei tumori benigni, e da infezione, che possono ritrovarsi sulle corde vocali, si comprende dunque come la forma, il volume, e il colore, come pure il fatto di esser peduncolati o no, unici o multipli, possono stare per neo-formazione di composizione e significato ben diverso fra loro.

Molto più importante a chiarire la natura del tumore, che abbiamo avuto in studio, è invece l' esame anatomopatologico.

Qui come resulta da ciò che abbiamo esposto, avevamo inserito sul margine libero della corda vocale di destra una massarella neoplastica, non più grossa di una piccola fragola, peduncolata, leggermente mammellonata, coperta ovunque da una sottile mucosa.

Allo esame microscopico riscontrammo che era rico-

perta da una mucosa, con rivestimento epiteliale, fatto da cellule appiattite, pavimentose, delle quali però le più profonde si connettevano fra loro come cellule leggermente cilindriche.

Alla mucosa seguiva un tessuto fibro-dermico molto delicato finamente fibroso, fatto da sottili fasci connettivali, disposti in vario senso, e tra loro intrecciantesi con scarsi nuclei, affusati, piccoli, atrofici, dei quali erano appena tingibili dalla ematossilina, quelli, che specialmente eran prossimi a delle grosse zolle di una sostanza fortemente refrangente, anista, amorfa, che occupavano quasi tutta la parte centrale del tumore, e che riconoscemmo come date da ammassi di sostanza amiloide.

Queste zolle di sostanza amiloide erano tra loro separate irregolarmente da delle tramezze di connettivo sottilmente fibrillare, al solito con nuclei atrofici che continuandosi col connettivo sotto-dermico, davano al tumore l'aspetto di lobato.

Nel mezzo delle zolle, si vedevano per lo più ampli spazii irregolari per forma e disposizione, ripieni di sangue, dove i leucociti non erano in giusto rapporto con li eritrociti. Un gran numero di leucociti vedevansi infatti a contatto della sottile parete endoteliale, ed altri migrati formavano come delle infiltrazioni leucocitarie, tra le zolle amiloidi, perivasali. Alcune arteriole pur conservando riconoscibile un rivestimento endoteliale, erano nelle loro pareti rappresentate da un tubo di sostanza amiloidea, pur esse mostrando infiltrazione leucocitaria più o meno evidente.

In nessuna parte trovammo accumoli di cellule protoplastiche epiteliodi, non focolai di cellule prolificate a guisa di noduli, non la minima traccia di cellule giganti, e nemmeno con varie colorazioni specifiche ci fu dato dimostrarvi le esistenza del bacillo tubercolare. La donna non era stata sifilizzata, nè il cadavere dava a vedere reliquati di questa malattia in nessuna parte del corpo.

Diagnosi. — Per tutte queste ragioni, noi crediamo di dover essere autorizzati a considerare questo tumoretto

delle corde vocali come un *fibroma nodoso, telangectasico, delle corde vocali, in degenerazione amiloide.*

Colpiti dalla singolarità di aver trovato degenerazione amiloide in questo nodulo fibroso telangectasico vocale, mentre in nessun altro organo del cadavere esisteva la degenerazione amiloide, abbiamo fatto in proposito alcune ricerche bibliografiche. E abbiamo ritrovato che lo Ziegler fino dal 1875 aveva già notato la possibile insorgenza di questi tumori a degenerazione amiloide localizzata nella laringe.

Il Burow, con esame istologico fatto dal Neumann, ritrovò esso pure attorno alla epiglottide e nella profondità della laringe tre tumoretti diversamente impiantati, a forma piramidale, con, a quanto sembra, fatti di degenerazione amiloidea nel loro interno.

Il Prof. Massei mette come carattere di questa « *nuova e speciale forma di tumori laringei* » la piccolezza di volume, la rotondità della forma, talora la molteplicità, onde si possono equivocare con i fibroidi. Esso porta la contribuzione di due interessanti osservazioni, in cui credette di essere insorto nell'errore di diagnosticare per fibromi, dei tumori amiloidei. Nel primo ammalato, l'esame laringoscopico, svelò un tumoretto grosso quanto un pisello, sul terzo anteriore del margine libero della corda vocale sinistra, ovoideo, coverto di mucosa, e di un colorito roseo. Nel secondo ammalato, l'esame laringoscopico, rilevò al Massei numerosissime vegetazioni di color rosso-pallido, di forma più o meno regolarmente ovoide, in varii punti della cavità laringea.

Hooper, in una sua comunicazione su di un tumore laringeo, con degenerazione amiloide così si esprime « *l'interesse del caso risiede nello studio istologico del tumore* », giacchè si trattava di un *missofibroma teleangectasico impiantato sulla corda vocale sinistra* e in parte nel ventricolo in un uomo di 53 anni. Il tumore del volume di una nocciola aveva il diametro di 12 mill. essendo pressochè rotondo, ed i tagli in esso praticati, presentavano in certi punti manifesta la degenerazione amiloide.

Ma chi ha invero molto oppurtunamente fermata l'at-

tenzione degli oncologi, e degli specialisti, su questi singolari tumori è il Martuscelli, con due lavori ben condotti, e pubblicati negli *Archivii italiani di laringologia*, del 1896 e del 1897.

Nella sua prima memoria narra il Martuscelli di avere studiato in due ammalati sulle vere corde vocali due di questi tumori; della grandezza di un pisello in uno, un poco più grosso ed oblungo nell'altro. Stabilita la diagnosi di probabili fibromi, essendo essi a superficie liscia, di color roseo, impiantato sul margine superiore e quasi a metà delle corde vocali, fu consigliata ed eseguita dal Prof. Massei l'asportazione. I due tumoretti escisi, furono dal Martuscelli opportunamente fissati, inclusi e sezionati, e vi si rinvenne al microscopio, stroma fibrillare a larghe ed esili maglie, e abbondanti masse amiloidi centrali, provate con specifica colorazione.

L'anno susseguente il Martuscelli col Prof. Massei, ebbero all'esame laringoscopico a notare un altro tumoretto roseo, quasi sessile, situato a metà della corda vocale di sinistra, che asportato e opportunamente preparato, e sezionato, dimostrò contenere zolle di sostanza amiloide con tutte le principali reazioni, che stanno a comprovare questa degenerazione.

Quest' ultimo caso si rassomiglia molto al nostro; tuttavia prima di concludere circa al nostro studio, troviamo qui opportuno fare alcune considerazioni sul fatto di degenerazione amiloide in genere, e in ispecie nei tumori della laringe.

È noto come la degenerazione amiloide per lo più attacca diversi organi simultaneamente. Ma non mancano ricerche di degenerazione amiloide parziale, in forma d'infiltramenti circoscritti, in granulazioni molto ricche di cellule (congiuntiva) e in tessuti cronicamente infiammati, in bottoni cellulo-vascolari di torpide piaghe, vegetazioni connettivali iperplastiche, come nei tumori già in fase regressiva attorno alle loro pareti vasali.

Ziegler nota come nella lingua, laringe, trachea si formano inoltre noduli amiloidei a guisa di tumori, dei quali non può dimostrarsi un nesso con i processi inflammatorii,

ed in cui accanto alle masse e zolle di sostanza amiloidea non esiste che poco connettivo.

Il Durante, nel suo classico trattato di patologia chirurgica, osserva come la degenerazione amiloide non sia tanto rara a riscontrarsi nelle pareti delle piccole arterie dei tumori.

In generale gli autori si affermarono su due teorie per tentare di dare una spiegazione della comparsa della sostanza amiloide nei tessuti.

Alcuni (Ziegler, Birch-Hirschfeld, Klebs ecc.) sostengono che la sostanza amiloide si formi nel sangue e da questo vada a depositarsi negli interstizi dei tessuti, o entro le cellule parenchimatose stesse; altri (Cornil, Böttcher, Kyeber, Leber, Lukianow, Cohnheim, ed altri) sostengono per contro che la sostanza amiloide si sviluppi solo nel luogo ove si ritrova, per una metamorfosi degli elementi protoplasmatici e delle sostanze albuminoidee dei tessuti, in seguito ad una alterazione nutritiva generale e locale.

Recklinghausen segue una teoria che potremmo chiamare, col Lustig, intermedia; egli dice che la sostanza amiloide risulta dalla combinazione di due elementi: uno che si forma entro le cellule stesse, l'altro che esiste nel sangue e che viene portato entro le cellule e a contatto del primo per un processo d'infiltrazione.

Pare a me che questa opinione del Recklinghausen, possa trovare anche un punto d'appoggio, nel reparto che in questi tumori, detti amiloidei, vi è un gran numero di leucociti nell'interno dei vasi sanguigni, e specialmente in quelli già presi da degenerazione amiloide, e talvolta al di fuori di loro, in guisa da costituire una vera infiltrazione leucocitaria molto evidente; come ciò mi risulta dalla osservazione dei miei preparati, più dalle figure annesse ai lavori del Martuscelli sui tumori amiloidei. Forse per l'intermedio della migrazione leucocitaria sarebbe meglio spiegato allora il processo di trasporto a contatto degli elementi, che poi degenerano in sostanza amiloide, di un qualche principio che nei leucociti stessi è in tali circostanze contenuto.

D'altra parte nè la pretesa degenerazione amiloide sperimentale di alcuni ricercatori, fu fin qui comprovata, nè

allo stato attuale degli studi batteriologici si può dar valore di causa ad effetto ai diversi microrganismi nella sostanza amiloide ritrovati.

Il Martuscelli, lo Scimeni, e di recenti il Lustig, hanno giustamente osservato, che se la comparsa della degenerazione amiloidea si dovesse spiegare, perchè nel sangue debba ammettersi come preformata la sostanza amiloide, e solo dal sangue trasportata e depositata negl' interstizii dei tessuti e dentro le cellule parenchimali stesse, allora male si spiegherebbe come tale deposizione e infiltrazione si dovesse talora riscontrare solo, in qualche punto limitatissimo dell'organismo, com'era il caso del nostro tumore vocale, e non nel restante della economia.

Incomprensibile poi rimarrebbe il fatto che nel sangue, dove dovrebbe esistere preformata la sostanza amiloide, non si sia potuta fin qui dimostrare.

Il Lustig a tal proposito osserva inoltre, che se ciò fosse, dovrebbe la infiltrazione e degenerazione non cominciare dalla media delle tuniche vasali, ma dalla intima. E noi nei nostri preparati, avvertimmo il fatto che l'endotelio era ancora ben conservato e riconoscibile quasi per tutto.

Ma vi è di più, Böettcher, ha veduto avvenire la degenerazione delle cellule epatiche, essendo ancora intatti i vasi.

Lustig, confortato anche da esperienze sugli animali, sui quali fu possibile di studiare sperimentalmente gli stati iniziali di questo processo di metamorfosi, afferma l'opinione che la sostanza amiloide sia un prodotto di degenerazione del protoplasma cellulare, fondandosi anche sul fatto, come nel caso da noi riportato, che il processo degenerativo amiloideo si presenta talvolta perfettamente localizzato in tessuti neo-formati, come in certi tumori, e che risponda ad un processo trasformativo di elementi cellulari morti, sotto la influenza di determinate circostanze.

Ammessa questa opinione, conveniamo con l' idea già emessa dal Martuscelli che la degenerazione amiloide nei tumori laringei sia un fatto parziale, provocato da cause puramente locali e generali.

Conclusioni. — È difficile, se non assurdo, da un sol caso fare delle deduzioni generali. Pure se per lo studio,

che mi ha fin qui occupato, pur tenendo conto delle osservazioni degli autori, che a tal proposito mi hanno preceduto, volessi fermare l'attenzione su di alcuni punti ancora discutibili, le mie opinioni a tale oggetto sarebbero le seguenti:

I. Visto come la degenerazione amiloide non è rara a riscontrarsi nelle pareti vascolari sanguigne dei tumori (Durante), notato come spesso sfuggono alla osservazione microscopica i tumori laringei per molteplici ragioni (Martuscelli), parmi, non debba esser considerata una rarità il processo regressivo di degenerazione amiloidea nelle neoformazioni patologiche della laringe, specie negli organismi che sono già in preda ad una qualche cachessia, o ad una di quelle malattie che dispongono alla degenerazione amiloide.

II. — La presenza di degenerazione amiloide in un tumore, a me non sembra un fatto che possa caratterizzare per sè stesso un tumore, e quindi non trovo giusto che si faccia un gruppo speciale nei tumori laringei, designandoli col nome di tumori amiloidei, visto che questi possono essere tumori di natura diversa.

III. — È notevole il fatto della integrità e permanenza dell'endotelio dei vasi in questi tumori, mentre tutto il restante della parte vasale è colpito dal processo di degenerazione amiloidea.

IV. — Molti dei tumori delle corde vocali inferiori, avendo loro istomatrice dalle papille vascolari, quivi descritto dal Luschka e dal Coyne, mostrano nella loro tessitura ricchezza di vasi, neo-formati, a pareti esilmente costituite, e quindi vi è per loro una predisposizione anatomica a mostrare con più evidenza e frequenza il processo di degenerazione amiloide, date le condizioni generali nelle quali suole esso esplicarsi.

V. — Parmi in ultimo interessante richiamare l'attenzione degli osservatori sul fatto, che in questi tumori in degenerazione amiloide della laringe vi è un eccessivo numero di leucociti nell' interno dei vasi, mentre sono evidenti delle infiltrazioni leucocitarie all'esterno.

BIBLIOGRAFIA

EHRMANN — Maladie organique de l'appareil vocal connue sous le nom de polype du larynx. — Strasburgo, 1843.

ID. — Polypes du larynx. — Strasburg, 1850.

SCHWARTZ — Des tumeurs du larynx — Parigi, 1886.

HARTMANN — Malattie della laringe nel trattato di Chirurgia Duplay Reclus-Novaro.

FAUVEL — Les indications pour le traitement extra ou intra larynge des polypes du larynx. — Tr. of the inter. med. cong. — Londra, 1881.

MORELL-MACKENZIE — Essay on growth in the laryns — Londra, 1871.

LUSCHKA-COYNE — Recherches sur l'anat. normale de la muqueuse laryngée — Paris, 1874.

KRISHABER et MAURIAC — Ann. des mal. de l'oreille et du larynx — 1875-79 e succ.

ARIZA — Rivista de Medicina e Cirugia praticas 22 september, 1886.

GOUGENKAIM — Ann. des mal. de l'oreille, 1889, pag. 539.

AVELLIS — Deutsche Med. Wochensch. n. 32-33.

GRAZZI — Laringite tub. nella Clin. Mod. Anno VI, 1900, n. 37, pag. 289.

ZIEGLER — Amyloide Thumorbildung in der Zunge und dem Kelkopf. Ein Beitrag zur Lehre von der amyloïden degeneration — Movimento Med. Chir. Anno VIII, pag. 541 e seg.

BUROW — Laringoscopischer Atlas — Stuttgart, 1877.

MASSEI — Archivio ital. di laring. Anno IV, 15 ott. e 15 genn. 1885, pag. 77 e seg.

HOOPER — A case of tumor the larynx Showing Amyloid degeneration. New York, Med. Record, 7 marzo 1891 o in Revue des sciences medicales.

SCIMENI — Contribuzione ai tumori amiloidi della congiuntiva — Clinica oftalmica di Cagliari, 1889.

MARTUSCELLI — Tumori amiloidei della laringe. — Archivii italiani di laringologia. Anno 1896, pag. 97. Napoli.

ID. — Di un altro tumore amiloide della laringe — Arch. ital. di laring. Anno 1897. Napoli.

DURANTE — Dei tumori in genere — Trattato di Patologia e Terapia Chir. — Roma, 1897, vol. I, pag. 255.

BIRCH-HIRSCHFELD — Nel Dizionario di Eulemburg. Trad. ital. — Vol. I, pag. 489.

LUSTIG — Patologia generale — Milano, Soc. editrice, 1901.

Società Otologica Berlinese

Seduta del 14 maggio 1901

(Resoconto del Dott. HALKE di Berlino, *Archiv. f. Okrenkeilkundel*, vol. 52, fasc. 3 e 4, pag. 256.)

Il presidente prof. *Lucae* inaugura l'attività del nuovo sodalizio con un discorso « *Sullo sviluppo della Otojatria negli ultimi decenni* » e sulle questioni più importanti, che aspettano la loro soluzione.

1. *Heine* espone un caso di *Arrosione della Carotide* per colesteatoma in una donna di 56 anni, che portava suppurazione dell'orecchio fino dal terzo anno di vita. Praticata la operazione radicale, si trovò ampia distruzione fino al vestibolo. Il processo di epidermizzazione procedette lento; distacco di un sequestro osseo e in una susseguente medicatura insorgenza di *potente getto di sangue* dal fondo, arrestatosi con lo *zaffamento, dopo esperita infruttuosamente la compressione della carotide.* Più tardi emorragie ripetute, vinte sempre con lo zaffamento. Finalmente decessa coi fenomeni di edema polmonale. Alla necroscopia: canali semicircolari e chiocciola distrutti; in loro vece ampia cavità piena di icore; parecchi sequestri alla parete posteriore della rocca; perdita di sostanza della parete posteriore della carotide, rilevante coartazione del lume di questa per ingrossamento della parete.

DISCUSSIONE.

Treitel si sofferma sul modo di comportarsi dei vasi nei carcinomi dell'orecchio e rileva che il processo di ispessimento trasmesso dalla contiguità alla parete vasale, impedisce spesso la emorragia dalla carotide e dai seni venosi.

Brühl, considerato il rapido successo dello zaffamento, ritiene che le prime emorragie provenissero dal plesso carotico venoso.

Schvabach narra di un caso di operazione radicale. Si riscontrò l'ingrossamento vasale descritto dal Heine; sopraggiunta più tardi la paralisi dell'estremità superiore destra e del facciale destro con turbe della favella, e mantenendosi la cefalea, fu trapanato il cranio e ricercato invano l'ascesso cerebrale. *Alla necroscopia:* molteplici focolai embolici con rammollimento nell'emisfero cerebrale sinistro *per trombosi della carotide,* le cui pareti nel percorso del canale carotico erano oltremodo ingrossate; quest'alterazione stava in nesso colla carie della parete anteriore della rocca, che occupava tutta la regione fra il tegmentympani e la punta della piramide.

Trautmann osservò una *emorragia della carotide* seguita da morte, per frattura della base del cranio da caduta. In un caso operativo di diuturna suppurazione dell'orecchio medio, trovò *la carotide com-*

pletamente messa a nudo per distruzione della parete anteriore della cassa. Accenna poi alla esilità di questa parete nei bambini.

Heine ritiene che lo straordinario ingrossamento e il ridotto calibro del vaso abbiano reso possibile il buon effetto dello zaffamento.

2. *Grossmann* narra di un caso di *pulsazione in una cicatrice timpanica con aritmia del polso*. Si trattava di una donna affetta da struma parenchimatosa e insufficienza mitrale. Il fondo dell'occhio destro presentava iperemia capillare e pulsazioni arteriose. Ritiene che il fenomeno del timpano dipendesse dalla compressione della carotide destra da parte della tiroidea, analogamente a quanto notavasi nell'occhio.

3. *Grossmann* presenta *sequestri ossei* di bambini affetti da *otite media piogenica acuta*. Nel *primo caso* il sequestro labirintico comprendeva tutti e tre i canali semicircolari e altro sequestro la metà esterna della mastoide e la punta di questa; *nel secondo* il sequestro labirintico interessava la metà posteriore del semicircolare orizzontale e la metà superiore del posteriore; altro sequestro vi era della parete mediana dell'antro ed altro ancora del tegmen tympani, questi due estendentisi fino alla dura meninge; nel *terzo* caso finalmente si trattava di necrosi totale della mastoide con chiarissimo decorso del canale del facciale. Stando alla statistica di Gr. si avrebbero 6 casi di necrosi sopra 100 di suppurazioni acute, mentre Schwartze ne ammette 4 sopra cento.

Trautmann fa rilevare che la necrosi si manifesta più spesso per le malattie d'infezione e che la carie dei canali nell'infanzia non determina che molto raramente vertigini, mentre ciò avviene di regola negli adulti.

Schwabach ritiene come provato che nistagmo e turbe di equilibrio possono essere provocate con l'irritazione diretta dei canali semicircolari; gli sperimenti del Cyon, istituiti vent'anni fa, lo avevano già comprovato. Ammette anch'egli che le vaste distruzioni dell'osso in seguito a otiti acute si osservino specialmente nei morbi infettivi acuti, più spesso nella scarlattina.

Herzfeld ebbe pur esso a notare questa precocità della necrosi estesissima per scarlattina in un caso, nel quale anche i canali semicircolari erano colpiti: mancava la vertigine.

Trautmann aggiunge che anche per lue ereditaria si determinano vaste distruzioni ossee otitiche.

Lucae nota che anche negli adulti la carie dei canali semicircolari, stando alle proprie osservazioni, solo in due terzi dei casi è accompagnata da vertigini, mentre che le lesioni traumatiche di quelli le determinano tosto; all'incontro mancano spesso nei processi purulenti distruttivi a *lento* decorso.

Trautmann osserva che contro la supposta causa della vertigine cioè dello scolo della perilinfa, parla il fatto, che il contatto dello specillo col canale semicircolare carioso basta a determinarla.

Ehrenfried narra che in 4 casi di specillazione dell'epitimpano,

in cui lo specillo penetrò improvvisamente in profondità, vi fu tosto violenta vertigine, che durò da 8-15 giorni. Ritiene che ciò fosse dovuto alla penetrazione nel canale orizzontale.

4. *Katz* presenta preparati di osteoporosi della parete labirintica e degli ossicini, tolti dal cadavere di un alienato; martello ed incudine erano sprovvisti del mantello cartilagineo: fa rilevare la eziologia ancor dubbia di tali alterazioni; le ritiene quale espressione della senilità.

II. Seduta 11 giugno 1901.

Blau riferisce intorno al perossido di idrogeno preparato da Merck di Darmstadt'. E purissimo, contiene 30 % di perossido di idrogeno e si mantiene costante, ciò che non vale per i preparati finora in uso.

Trautmann dimostra il nuovo apparato di proiezioni, *epidiascopio*, della nuova Clinica della Charité. MORPURGO.

*
* *

RESOCONTO delle sedute della *Sezione oto-laringologica* del IX° Congresso dei medici e naturalisti della Polonia, tenutosi in Cracovia (21-24 luglio 1900) pel dott. R. SPIRA (Cracovia). *Arch. f. Ohrenhielkunde*; vol. 52, fasc. 1 e 2.

Guranowski (Varsavia). Sulle indicazioni per la cura operativa della otite media piogenica cronica.

Suddivide nel modo seguente le indicazioni: 1.° *Indicazioni assolute*, come resultano dalle complicazioni intracraniche e dai fenomeni generali, piemia e septicemia, dal processo infiammatorio e dal colesteatoma della mastoide; 2.° *Indicazioni relative*, in prima lineà sintomi, che rivelano avere il processo morboso oltrepassato i confini della cassa, quali sarebbero la sporgenza della parete posteriore del condotto uditivo est., granulazioni recidivanti nella parte posteriore della cavità timpanica, fistola nell'ambito posteriore del canale, secrezione copiosa e masse colesteatomatose manifestamente provenienti dall' attico e dall'antro, paralisi facciale, e finalmente l'età giovanile dei malati: 3.° Le controindicazioui per l'operazione radicale sono date dalla insorgenza di meningite diffusa, da neoplasmi maligni della rocca petrosa e dalla tubercolosi polmonale molto avanzata.

Heimann (Varsavia). Sulle indicazioni per il trattamento chirurgico dei processi suppurativi cronici dell'orecchio medio.

Da prima sempre da tentarsi la cura conservativa, eccettuati i casi, in cui già *a priori* si possa ritenerla infruttuosa o vi sia una indicazione diretta per l'intervento chirurgico; va da sè che non si dovrà sprecare troppo tempo nelle cure incruenti.

Il primo atto operativo nei casi di suppurazione senza indicazioni più urgenti dovrebbe limitarsi all'estrazione degli ossicini per il condotto uditivo, alla quale spesso tien dietro la guarigione; però i casi adatti sono scarsi, considerato che la carie più spesso è estesa anche

alle pareti della cavità. Quanto alle indicazioni per l'operazione radicale, le opinioni essere ancora divergenti. Dati sintomi allarmanti o complicazioni intracraniche, tutti la propugnano; mancando questi sintomi e non essendovi o non rilevandosi gravi e profonde alterazioni locali, l'indicazione diviene meno assoluta. La suppurazione limitata alla mucosa della cavità, esclude l'operazione.

Krajewski (Varsavia). Distingue nella storia dell' operazione radicale, tre periodi: il primo si fondava su indicazioni più estese, il secondo le restringeva al minimo, nel terzo in cui ora entriamo, conviene trovare la via tra i due estremi; l'oratore reclama indicazioni assolute e ben definite.

Baracz (Leopoli) osserva avere i relatori dimenticato i processi suppurativi con perforazione della Shrapnelliana. Ritiene logica la distinzione di indicazione assoluta e relativa.

Spira (Cracovia) opina che si operi troppo. La semplice ed ostinata suppurazione non autorizza all'operazione e nemmeno a scopo profilattico, stando il fatto che con la cosidetta operazione radicale non si riesce sempre a debellare il processo suppurativo nè a prevenire con certezza le complicazioni gravi. Attenersi egli unicamente all'indicazione assoluta.

Guranowski nota che indicazione assoluta vuol dire indicazione vitale.

Spira: Sulla patogenesi della *commozione funzionale del labirinto.*

Vi è insorgenza di fenomeni labirintici da causa traumatica senza lesioni anatomiche.

In questi casi doversi ammettere un rilassamento nella compage degli elementi cellulari costituenti i neuroni dell' apparecchio del nervo acustico, sicchè la funzionalità di quelli ne soffre se la soglia della sensibilità resulta spostata. Lo spostamento nell' ambito dei nervi vestibolari (apparecchio statico) spesso si compensa, sia che i neuroni ritornino allo stato di equilibrio, sia che si accomodino di fronte ai ripetuti impulsi, sicchè più non si spostano (vertigine solo da principio nella danza, nel mal di mare, sull' altalena e in certi mestieri, quale quello dello spazzacamino, conciatetti e così via). Nell'ambito del nervo cocleare, i neuroni si comportano in tutt' altro modo, chè spostati, non ritornano tanto facilmente al loro posto, ma anzi per il ripetersi degli eccitamenti specifici (suono) sempre più se ne scostano, come si osserva negl'individui esposti a rumori persistenti (macchinisti, conduttori ferroviari, ecc.) L' azione degli *esercizi dell'udito* doversi spiegare come l'influenza degli esercizi ginnastici sui nervi nelle paralisi centrali o periferiche, sia che ripristinino la funzione dove manca, sia che compensino, sovraeccitando, le fibre serbatesi attive.

Zalewski (Leopoli) sostiene che il non rintracciare lesioni anatomiche in seguito a commozione labirintica non dia diritto ad escluderla; da ciò la impossibilità di esatta diagnosi.

Heimann ammette che in tutti i casi di commozione laberintica vi sieno alterazioni organiche; riferisce la vertigine per la danza, mal di mare e simili, a turbe nel cervelletto.

Baurowicz e *Guranowski* si uniscono all'opinione di Heimann.

Spira: Profilassi della sordità e del sordomutismo. Richiamandosi al fatto dei non pochi casi negl' istituti de' sordomuti e nelle scuole, in cui si riscontrano alterazioni, che curate a tempo possono prevenire la sordità ed il sordomutismo, propone un ordine del giorno, che propugna l'esame obbligatorio dell'orecchio da parte competente nei summentovati stabilimenti.

Dopo breve discussione è adottata.

Baurowicz: sulle operazioni della conca nasale inferiore.

Pratica un solco profondo col termocauterio alla faccia superiore di questa e recide poscia con l'ansa fredda o con le forbici la parte ipertrofica evitando così la emorragia. (MORPURGO).

RASSEGNE

1. **I fibromi della faringe;** per il dott. F. BARBERA; Valencia Imprenta de F. Viver Mora, 1902. — Questo opuscoletto di 16 pagine riassume una conferenza che l'A. fece all' Istituto medico Valenzano, e si riferisce ai casi di fibromi che originano dal periostio che riveste la faccia inferiore dell'apofisi basilare, oppure dal corpo dello sfenoide e regioni limitrofe, e peduncolandosi, occupano la cavità naso-faringea. L'argomento è trattato sotto i vari aspetti della etiologia, anatomia patologica, sintomatologia e, cura, e l'A. si ferma poi con speciali considerazioni ad illustrare un caso in cui è descritta l'operazione eseguita. V. G.

2. **Guida pratica per Farmacisti e per Medici** compilata da ALBERTO JANSSEN, *chimico-farmacista in Firenze.* — Questa interessante *Guida*, che conta già *sedici anni* di esistenza, incontrò sempre il favore dei Farmacisti e dei Medici per le svariate cognizioni teoriche e pratiche concernenti l'esercizio dell'*Arte Salutare.*

Il primo argomento è sempre quello dei medicamenti più in uso e di recente scoperta, dei quali medicamenti l'A. ricorda la storia, le qualità fisiche e chimiche, l'azione e le dosi. Vengono poi illustrati altri *temi*, quali: L'*allattamento* ed il *divezzamento dei bambini breve cenno sugli anestetici e narcotici; La Malaria*; *Terapia delle affezioni respiratorie* ecc. V. G.

NOTIZIE VARIE

Stampa medica — *Il Bollettino delle malattie veneree*, ecc., che si pubblica in Roma, sotto la Direzione del cav. dott. V. D'Amato, avrà per Redattore-Capo il prof. G. Soffiantini, di Milano.

Abbiamo ricevuto il primo numero d'un nuovo giornale destinato allo studio delle malattie della laringe, degli orecchi e del naso, avente per titolo: *La Presse oto-laryngologique belge.* Questo periodico

comprenderà una rivista analitica dei giornali della specialità e di medicina generale e ne è amministratore e redattore principale il dott. V. Delsaux: vi collaborano inoltre i principali otolaringologi del Belgio.

Società Francese di otologia e di laringologia. — Questa Società si riunirà a Parigi (Hotel des Sociétés Savantes, 8 rue Danton) lunedì 5 maggio, 1902. I titoli delle comunicazioni dovranno essere spediti *prima del 15 aprile*, al segretario Generale Dott. Joal, 17, rue Cambacérès, Paris.

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1902 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza, 44.

Anno XX. **Firenze, Aprile 1902.** **N. 4.**

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Intorno a due casi di ascesso cerebrale otitico.

Svuotamento per la via del tegmen

per il Dott. I. TOMMASI (Lucca).

Fra tutti i processi infettivi, o si riferiscano alla medicina o alla chirurgia, capaci di produrre ascessi cerebrali, sia nel loro svolgersi, sia nella loro risoluzione, tiene il primo posto la suppurazione dell'organo dell' udito.

Con tutto ciò ogni ascesso cerebrale, che viene trovato coesistere con una suppurazione del temporale, non è sempre di origine otitica. Per esser tale, come Körner ha benissimo osservato, deve aver la sua sede in vicinanza dell' orecchio o dell' osso temporale ammalato. Gli altri ascessi lontani dal focolaio purulento, sebbene dalla medesima parte dell'organo auditivo ammalato o posti nella metà del cervello della parte contraria, sono da considerarsi come ascessi metastatici, piemici, prodotti da senoflebiti, da pioemia da otite e da affezioni suppurative e gangrenose dei polmoni, da quelle suppurative dei bronchi o della pleura o da endocardite, osteomeliti e tubercolosi ossea.

Noi riferiamo due casi di ascesso cerebrale otitico del lobo temporo-sfenoidale destro, che ci sembrano avere una qualche importanza, avendoci mostrato l' uno la man-

canza di ogni sintomo dopo avere rimosso un determinato gruppo di lesioni; l'altro il potere conseguire la guarigione col solo intervento operativo dal tegmen.

Caso I. — *Otite media purulenta cronica; carie del temporale e degli ossicini; ascesso estradurale; ascesso del lobo temporo-sfenoidale; morte.*

L. R., dell'età di anni 38, contadina, ai primi di febbraio 1898, dopo essere stata colta da influenza, fu presa da un forte dolore lancinante, intermittente, che, cominciando dall'orecchio destro, si propagava alla metà corrispondente del capo.

Visto che il dolore continuava e contemporaneamente aveva diminuzione di udito, chiese il parere di un medico, che le ordinò delle lavande boricate; ma non ebbe cessazione di dolore, se non al quindicesimo giorno, quando le cominciò ad uscire pus dall'orecchio. D'allora scolo purulento con qualche trafittura ogni tanto. Dopo due mesi e mezzo per esserle sopraggiunta tumefazione retro-auricolare e dolori forti alla testa ricoverò nell' Ospedale Provinciale, ove fu operata di trapanazione della mastoide da un espertissimo chirurgo. Si mitigarono un poco i dolori all'orecchio e alla metà della testa corrispondente, ma non scomparvero del tutto. Si cicatrizzò anche perfettamente la ferita retro-auricolare, ma lo scolo del pus affluiva ancora in maggior copia dal condotto uditivo.

Al 35° giorno in queste condizioni fu rilasciata ma dopo cinque giorni, essendole divenuti più intensi i dolori alla regione temporale e mastoidea, si presentò alla nostra osservazione.

Stato presente. 8 giugno 1898. La donna di sviluppo scheletrico regolare, molto denutrita, aveva febbre, che cominciava con brividi di freddo. Non ebbe mai nausea, nè vomito, nè vertigini, nè costipazione ventrale.

Polmoni e cuore, sani; non zucchero, nè albumina nelle orine. Polso regolare, ma un po' frequente (80-90 al minuto). Aveva dolori spontanei all'orecchio, sulla mastoide e alla regione temporale, che si estendevano alla metà del capo corrispondente.

Dietro il padiglione notavasi una cicatrice lineare di recente data con margini arrossati e tumefatti, tumefazione e arrossamento, che si estendeva a tutta la regione mastoidea e davanti al meato. Dolori alla pressione sulle parti edematose e arrossate; ma nessuna sensazione dolorosa sulle regioni del cranio risvegliavasi alla percussione. I movimenti del capo erano liberi.

Diagnosi. Otite media purulenta cronica destra. Carie del temporale e degli ossicini, ascesso estradurale.

9 giugno. *Cloronarcosi.* Facendo l'incisione sulla cicatrice, si prolunga il taglio delle parti molli in alto tre centimetri dall'inserzione superiore del padiglione e in basso un centimetro al disotto dell'apice mastoideo. Nel decorso dell'operazione si conduce un altro taglio trasversale, che partendo dal margine dell'incisione verticale va all'indietro e un poco al disopra della sutura occipito-temporale per una lunghezza di 5 cm. Sollevato il periostio dalla corticale, si abbatte il padiglione in avanti ed in basso con distacco dell'inserzione delle pareti postero-superiori del condotto cartilagineo dall'osseo. Fatta una completa emostasi, si trova una cavità nel quadrante antero-inferiore della mastoide di circa 8 mm. di diametro, ripiena di pus e di fungosità, che si asportano; si va alla ricerca dell'antro, che non era aperto, e si trova pur'esso ripieno di pus e di granulazioni. Quindi si asporta la corticale completamente, si svuota la mastoide, e sicuri della integrità del seno si procede all'asportazione della parete esterna dell'aditus e dell'attico. La cavità timpanica era ripiena di pus, mentre granulazioni circondavano un residuo della testa cariata del martello e dell'incudine, della quale si trovò solo un resto del corpo e della sua piccola apofisi.

Fra il tegmen aditus ed antri si vede un'apertura con margini cariati della grandezza di un seme di lino e chiusa da granulazioni. Introdotto uno specillo, cola lungo le sue pareti del pus giallo cremoso. Si asporta il tessuto osseo ammalato, e del sano tanto da avere un'apertura di un centimetro per potere ispezionare la dura, che si trova un po' iniettata. Nessuna traccia di perforazione riuscendo a scoprire in essa con un delicato, ma diligente specillamento,

si procede al tamponamento della ferita con garza iodoformica, alla plastica del condotto e fasciatura.

10 giugno. La paziente ha passato notte tranquilla, i dolori sono scomparsi; polso, temperatura, respirazione, normali. Cambiamento della medicazione, che si ripete di due in due giorni anche in appresso.

25 giugno. Tutto procedeva regolarmente; la ferita era quasi cicatrizzata, l'ammalata aveva migliorato di aspetto, era cresciuta di peso, si alzava, passeggiava per casa, dando ordini per il disimpegno delle cose sue; stava dunque così bene da potersi considerare in piena convalescenza e da poter fare una prognosi, quoad vitam, addirittura fausta. Alla notte però dopo forti dolori di capo a destra e alla fronte, che improvvisamente le si risvegliarono, fu presa da brividi di freddo, passando dalla calma all'agitazione.

26 giugno (mattina). Temperatura 38.6-39, polso 60-75. Cambiamento della medicazione.

All'esame riscontrasi iperestesia dell'arto inferiore sinistro; indebolimento generale delle forze. L'alito comincia ad essere fetido e la lingua a ricoprirsi di patina biancastra.

Alla sera quando si aiuta ad alzarsi seduta sul letto, ha vertigini; è cominciato il vomito e solo a monosillabi e non sempre giustamente, risponde alle domande rivoltele, non potendo assolutamente più concentrare il suo pensiero sù determinate cose. Si lagna sempre di fortissimi dolori, ora localizzati alla fronte e ora alla nuca; rifugge dalla luce.

L'esame del fondo oculare, fatto dall'esimio dott. Barsanti, ha dato i seguenti risultati: Neurite ottica bilaterale, più pronunciata a destra.

Durante la notte la temperatura sale a 40. Il sensorio sempre più si ottunde. Ha paresi degli arti.

27 giugno. Temperatura 40,1-40,2. Polso 130-150. Coma profondo. Esito letale ore 7 di mattina.

Autopsia. La dura era iniettata e tesa; la pia un pò edematosa; le circonvoluzioni a destra più appiattite in confronto di quelle di sinistra. Asportando il cervello, si

trova a destra: dura iniettata e ispessita in corrispondenza del tegmen antri e timpani, con meningi in queste region- aderenti alla corteccia cerebrale. Nel lobo temporale dei stro, alla distanza di un centim. dalla corteccia, si rinviene un ascesso con membrana piogenica della grossezza circa di un'avellana e a pareti liscie; tale ascesso era unito col ventricolo laterale corrispondente, mentre verso l'esterno non esisteva alcun segno di comunicazione fra esso e la corteccia. La sostanza cerebrale in questo tratto non mostrava d'aver subito, almeno ad occhio nudo, alterazioni di sorta. Il ventricolo laterale destro era ripieno di pus, e così il suo corno anteriore e posteriore. Il ventricolo sinistro riscontrasi un poco allargato. Nulla nel 4° ventricolo e nel cervelletto.

Epicrisi. Quando per la prima volta vedemmo la nostra ammalata, subito ci venne il sospetto che l' otite media purulenta cronica avesse prodotto carie del temporale anche in corrispondenza della fossa cranica media e dato luogo ad un ascesso estradurale, il cui inizio non fosse anteriore che di pochi giorni alla prima trapanazione della mastoide e cioè che cominciasse il suo svolgimento, quando i dolori alla regione del temporale nella parte corrispondente alla lesione auricolare divennero forti.

Se è vero che un ascesso estradurale può spesse volte coesistere insieme ad un affezione dell'orecchio e del temporale, senza dare alcun segno della sua presenza, in altri casi è lecito stabilirne la diagnosi con quasi certa probabilità. E nel nostro caso a ciò valse l'aver notato:

1° che i dolori al temporale e alla metà corrispondente del capo, di cui tanto si lagnava la R. dopo la prima operazione si mitigarono, ma non cessarono, venendo ad essere eliminati, come è razionale pensare, solo quelli causati dalla raccolta purulenta sottoperiostea e dal processo di flagosi in quelle regioni;

2° che la febbre ogni tanto ritornava;

3° che dopo l'intervento operativo, il deflusso purulento si era andato aumentando, invece di scemare. Nè in questo errammo. Messa infatti allo scoperto la cavità mastoido-timpanica, si trovò fra il tegmen aditus ed antri

un punto cariato, da dove, introdotto uno specillo, lungo le pareti di questo colava del pus.

Dunque non più dubbio, ma certezza completa dell'esistenza dell'ascesso estradurale.

Rimaneva evidente il da farsi; asportare il tessuto osseo cariato, creare un'apertura più ampia possibile, disinfettare le parti e vedere in quali condizioui trovavasi la dura.

Ciò che fu fatto; e la dura madre, in ogni sua parte accuratamente esaminata, si mostrò solo iniettata e scolorita, ma non di colore grigio sporco, e ricoperta di granulazioni e con fistola, come nel II° caso.

Quindi unito il reperto anatomico, che avemmo sotto i nostri occhi, ai sintomi ricavati dall'esame dell' inferma innanzi praticato e accuratamente per ogni lato consideratili si venne nella decisione di sospendere ulteriori atti esplorativi sulla sostanza cerebrale, sentendoci non solo non autorizzati a far questo, ma ritenendo ciò come un atto arbitrario e da esperimento, solo possibile sugli animali, ma non su esseri ragionevoli alle nostre cure affidati. Infatti, dopo l' operazione non più febbre, non dolori, ma un grande miglioramento nello stato generale con aumento di peso fu constatato.

In questo tratto di tempo nessun sintoma cerebrale generale mostrava la nostra ammalata; non disappetenza, non nausee, nè vomito o costipazioni ventrali, non vacillamento del corpo o andatura incerta. Era totale la mancanza dei sintomi di eccitamento, di paresi o paralisi nella sfera motrice. Nessun cangiamento nella sfera psichica; non pensiero tardo, non apatia, nè sonnolenza. I riflessi patellari e oculari furono ripetutamente riscontrati normali.

Era mancante ogni sintomo di localizzazione cerebrale o di focolaio. La prognosi quindi non poteva, nè doveva essere che fausta e tale da far concepire le più belle speranze di pronta e completa guarigione. Eppure fummo ingannati.

L'ammalata nella notte del XVI° giorno dal dì dell'operazione, dopo essere stata colta da un forte dolore di capo, diviene febbricitante, le sopraggiungono vertigini, nausee e vomito; si attunde nel pensiero, diviene spossata

di forze. La lingua si ricopre di patina biancastra, comincia l'alito fetido, si aumenta il numero delle respirazioni e la febbre diviene alta; si ha paresi degli arti, coma e muore dopo 30 ore a causa della rottura di un'ascesso del lobo temporo-sfenoidale destro nel ventricolo laterale corrispondente, come da reperto necroscopico.

Il principio dell'ascesso cerebrale, che suole generalmente manifestarsi con febbre, dolori di testa e vomito, qui doveva essere avvenuto molto prima che avessimo sotto la nostra osservazione l'ammalata. Questa si presentò da noi quando l'ascesso era nello stadio di latenza, il quale, sebbene quasi sempre si palesi per una certa tal quale depressione generale, malessere, lieve aumento di temperatura alla sera, fu invece per noi un vero stadio latente e tanto completo che si arrivò al manifesto e in brev'ora al terminale colla rottura di quello nel ventricolo laterale.

Non v'è dubbio che fatta una buona incisione dell'ascesso, si sarebbe potuto salvare la vita all'ammalata, giacchè il processo morboso non era poi così avanzato da far disperare della sua guarigione.

Molti casi di questa specie infatti, anche in condizioni assai più gravi, si trovano riportati nella nostra letteratura, ma non essendo stato possibile nella nostra ammalata, neppure una diagnosi di probabilità dell'ascesso, si ritenne, come si è dimostrato, cosa prudente e saggia aspettare l' ulteriore decorso, che ci confortasse in qualche modo per un intervento d'esplorazione sull'encefalo.

Se razionale poi sia stato il metodo di cura, a cui fu l'ammalata sottoposta dal febbraio al giugno, mi sembra qui inutile dire. Basti solo ricordare che non si ricorse mai alla miringotomia nei primi quindici giorni di forte spasimo all'orecchio (si dovrebbe intervenire nelle prime 48 ore), facendo assegno esclusivamente sulla spontanea rottura della membrana e che col primo intervento sulla mastoide, fatto da mani senza dubbio esperte nella chirurgia generale, non si penetrò neppure nell'antro.

Perchè quest'atto operativo sulla mastoide, più radicalmente allora eseguito, come una paracentesi fatta per

tempo, non avrebbero potuto salvare la vita della nostra ammalata?

Caso II. — *Otite media purulenta cronica con polipo dall'attico; carie del temporale e degli ossicini; ascesso estradurale; ascesso del lobo temporo-sfenoidale; guarigione.*

La ragazza A. C. dell'età di anni 18, del Comune di Capannori, il 18 aprile 1899 si presenta alla nostra sezione del Poliambulatorio di Lucca e riferisce che, ammalatasi d'influenza, dopo pochi giorni, il 14 febbraio, fu presa da fortissimi dolori all'orecchio destro, che le scomparvero solo dopo dieci giorni, quando le cominciò a uscire del siero sanguinolento, mescolato a pus. Da quel momento, sebbene persistesse l'otorrea, non ebbe più gravi disturbi, se non al 1° aprile, tempo in cui le ritornarono dei dolori assai forti all'orecchio, alla mastoide e alla regione temporo-parietale corrispondente, che s'iniziarono con febbre, brividi, vertigini, nausea e vomito. D'allora, eccettuato qualche po' di febbre alla sera e lievi dolori di testa, è stata sempre relativamente bene.

L'ammalata è molto pallida, denutrita; ha l'aspetto di persona sofferente di una qualche lesione endocranica. Il suo polso però è regolare, con cuore e polmoni sani. Non zucchero, nè albumina nelle orine.

Il condotto uditivo sinistro è ripieno di pus fetido; la membrana timpanica è distrutta nei due quadranti inferiori ed un piccolo polipo fa prominenza da quell'apertura, traendo la sua origine dall'alto e posteriormente della cavità timpanale. La parola conversata viene udita a metri 0,90. Sulla mastoide, che apparisce normale, si risvegliano dolori alla pressione; alla percussione anche sulla regione temporale. Risponde bene alle domande fatte e si ricorda perfettamente bene di tutto.

Si asporta il polipo e si comincia una cura razionale. Vedendo nondimeno continuare l'otorrea e persistere i dolori, si consiglia la trapanazione della mastoide, che non viene accettata se non al 4 maggio. Presentava allora febbre (38°,5), che s'iniziava con brividi; polso da 70-100;

insonnia e dolori spontanei col massimo d' intensità all'orecchio e che si estendevano fino alla fronte; costipazione, apatia e sonnolenza. Rispondeva però rettamente alle domande rivoltele, ma non prontamente, sempre riconoscendo gli oggetti, che le venivano presentati. I riflessi pupillari erano normali; i patellari un po' più marcati; mancante il clono del piede e della rotula. Sensibilità generale ben conservata.

4 maggio. *Cloronarcosi.* Fatti i due soliti tagli delle parti molli e il distacco del condotto cartilagineo dall'osseo, come nel precedente caso, penetrando nell'antro si nota che il pus fuoriesce come sotto pressione. In esso, nell'aditus e cavità timpanica si trovano granulazioni, che si asportano insieme col martello ed incudine, affetti manifestamente da carie. La parete del seno è in buone condizioni. Fatta la ripulitura dell' unica cavità, così formata, si osserva che il tegmen antri presenta carie in un punto, attraverso il quale con uno specillo si penetra nella cavità cranica, mentre ne esce una discreta quantità di pus. Si porta allora via il tessuto osseo tutto all' intorno per un centimetro e mezzo, invadendo anche un poco la squama e messa così allo scoperto la dura, si trova questa cosparsa di piccole granulazioni e di colorito grigio sporco. Con un attento esame si riesce a trovare un' apertura, da dove esce fuori del pus cremoso e attraverso la quale penetra lo specillo per circa due centimetri in direzione dal basso all'alto e dall'esterno all' interno. Mentre si squarcia la dura per la lunghezza di un centimetro, cola ancora del pus, mischiato a sangue. Nettata cautamente la cavità dell' ascesso temporo-sfenoidale con garza sterile e ivi introdotta una striscia di garza all' iodoformio come drenaggio, si passa allo zaffamento di tutta la cavità e alla fasciatura, unendo con punti di sutura e il taglio trasversale e l' estremità inferiore del verticale.

5 maggio. Notte tranquilla assai; diminuzione dei dolori. Ha avuto due volte vomito (forse da cloroformio?) Febbre 38. Polso 90. Cambiamento della medicazione. La garza ritirata dalla cavità ascessuale, intrisa di pus e sangue, viene cambiata.

6 maggio. Temp. 38. Polso 88. Nella ferita nulla di nuovo. Cambiamento della medicazione al solito.

7 maggio. Temp. 37.5. Polso 80. Sempre meglio nelle condizioni locali e generali. Non più dolori, riposa bene alla notte. Cambiamento di medicazione.

8 maggio. Temp. 37.3. Cambiamento della medicazione al solito e ogni giorno anche in appresso.

La garza viene sempre riscontrata intrisa di pus e sangue.

25 maggio. In questo periodo la paziente ha sempre dormito bene, non ha avuto più dolori, nè febbre e si è anche assai nutrita. Il morale è sollevato. La cavità ascessuale è diminuita. Si alza qualche volta dal letto; risponde prontamente alle varie interrogazioni e comincia a conversare come prima; le è ritornato il buon umore ecc.

15. giugno. La cavità dell'ascesso va sempre più riducendosi, subentrando un tessuto di buone granulazioni.

1.° luglio. Cavità dell'ascesso più non esiste. La ragazza si può dire in piena ed avanzata convalescenza.

25 agosto. Ferita retro-auriculare completamente guarita e dappertutto ricoperta di buona epidermide. Cavità timpanica pure perfettamente epidermizzata.

29 settembre 1901. La ragazza è stata fino ad ora sempre bene e tranne un dolore gravativo all' occipite e sulla fronte, che la tormentò dall'ottobre al gennaio, dopo la subita operazione, non ha sofferto altro degno di nota. Al di dietro del padiglione vi è una cicatrice con avvallamento osseo.

Epicrisi. Tanto il primo che il secondo caso hanno molta somiglianza fra loro, tranne in alcuni punti. Infatti tutte e due le pazienti si ammalarono d' influenza; tutte e due, convalescenti, furono colte da un otite media purulenta acuta da influenza; in tutte e due per non essere state operate in tempo debito di miringotomia, e convenientemente curate, giacchè le complicanze, in questa forma in ispecie, a parità di virulenza dell' infezione e della resistenza organica, le abbiamo sempre riscontrate più nefaste, o dove è mancato un sollecito intervento operativo o le adatte cure, si sviluppò la mastoidite con carie degli ossi-

cini e del temporale e quel che più monta con carie di una porzione della parete superiore fra l'aditus e l'antrum nella prima e dell'antro nella seconda paziente.

Anche l'origine, il modo di sviluppo dei due ascessi cerebrali devono essere stati pressochè simili. Se è vero che gli ascessi cerebrali possono prodursi anche quando la infiammazione purulenta è limitata alla sola mucosa, che riveste le cavità medie-auricolari, avvenendo il passaggio dei germi infettivi per il tramite dei vasi della dura, insinuantesi attraverso qualche deiscenza spontanea sulle pareti superiori di queste, qui non si era nel caso, mancando ogni traccia di quelle. Quindi si deve ammettere che la lesione ossea) il punto cioè osseo riscontrato cariato sulle pareti superiori delle cavità aditus ed antrum, sia stato il focolare purulento causale, dal quale sono partiti i microrganismi infettivi, che, attraversata la corteccia, sono penetrati più o meno profondamente nella sostanza cerebrale, dando luogo alla formazione dell'ascesso.

Riscontrammo infatti le meningi ammalate con adesione alla parte corrispondente della corteccia, quindi è ragionevole ritenere che germi infettivi siano pervenuti nella sostanza cerebrale attraverso quei piccoli vasi trombosati e infiammati in senso retrogrado, che dalla superficie del cervello sboccano nelle vene della Pia, oppure che possano essere colà giunti per la via dei linfatici, che quivi involgono quei vasellini come in una specie di guaina.

Una volta formato l'ascesso, forse perchè più profondo nel primo caso o perchè avrà trovato una maggior resistenza all'esterno, non ha potuto disgraziatamente farsi strada attraverso la corteccia, e, coll'aumentar di volume, ha fatto irruzione nel ventricolo; mentre nel II°, perchè forse più superficiale, si è creato facilmente un passaggio attraverso la corteccia e la dura, unendosi col focolare primario dell'osso

È stato probabilmente per queste evenienze, come anche per il loro diverso volume, che i due ascessi hanno mostrato differenze cliniche fra loro.

La presenza del primo, mai ci fu svelata. Così non si può certo affermare per il secondo, in cui avemmo sintomi

piuttosto manifesti del periodo iniziale (1° aprile: vertigini, vomito, febbre con brividi), come successivamente non mancarono accenni al periodo latente, sia per i sintomi generali, che l' ammalata presentò (dimagramento, lievi dolori di testa, costipazione, malessere generale, aumento qualche volta di temperatura alla sera, colorito speciale giallo-pallido della pelle), sia per quelli di pressione cerebrale aumentata (dolori di testa assai forti e variabili, lieve sonnolenza, apatia, lentezza nel pensiero, ritardo nel rispondere, insonnia etc.).

Sebbene tale sintomatologia, più o meno completa, si possa avere oltre che negli ascessi cerebrali anche in altre complicazioni endocraniche da otite, come senoflebiti, meningiti e nelle ritenzioni di pus nelle cavità del temporale, noi riteniamo che tutte le volte che i fatti si presentino come nella nostra ammalata, si può sempre per esclusione arrivare ad una diagnosi esatta non solo sulla natura della lesione endocranica, ma anche sulla sua sede nonostante l'assenza di ogni sintomo di focolaio cerebrale.

E ciò per il fatto che gli ascessi cerebrali otitici hanno sempre la loro sede in vicinanza della parete ossea del temporale ammalata, se, sene eccettuano i piemici da senoflebite e da pioemia otitica, i metastatici da ascessi polmonari e quelli dovuti a tubercolosi ossea.

Dai due casi che abbiamo avuto occasione di esaminare, emerge chiaramente:

1° Che dato un' ascesso cerebrale, il suo svuotamento s'impone, se non si vuol perdere la vita del paziente.

2° Che se ne può ottener guarigione anche con lo svuotamento di esso e sua cura consecutiva *per la via del tegmen.*

3° Che nelle otiti medie suppurative acute senza perforazione della membrana timpanica *si deve* intervenire con una pronta miringotomia, onde venga dato esito al pus al più presto possibile per non esporre il paziente a gravi complicazioni.

4° Che davanti a un caso con sintomi riferibili a un determinato gruppo di lesioni, compreso l'ascesso cerebrale, messa allo scoperto la dura, se viene riconosciuta alterata, si deve eseguire sempre la esplorazione cerebrale.

Contributo alla casuistica dei corpi stranieri per le vie aeree

per il dott. URBANO MELZI.

Il giorno 21 gennaio 1901, venne portato d'urgenza all'Ospedale Maggiore il contadino Salmoiraghi Giovanni, di anni 17, di Mesero, il quale era in preda a grave dispnea: disse che nel mangiare la zuppa aveva sentito una forte puntura e poi si era accorto che qualche cosa gli era rimasto in gola: negli sforzi fatti per espellere il corpo straniero aveva sentito vivo dolore puntorio, per cui sospettava di avere ingoiato uno spillo. Il paziente appariva straordinariamente spaventato, ed oltre alla dispnea, accusava un forte dolore puntorio al lato sinistro del collo.

Al primo esame faringolaringoscopico non apparve alcun corpo straniero, ma poi obliquando la testa del paziente verso destra in modo da illùminare fortemente la metà sinistra del laringe, scorsi una linea nera lucente trasversale della lunghezza di un centimetro in corrispondenza del seno piriforme sinistro, per cui dubitai si trattasse veramente di un ago infisso nei tessuti colle sue estremità e rimasto scoperto nella sua parte mediana: al contatto colla sonda percepii la resistenza metallica. Rassicurato alquanto il paziente che presto l'avrei liberato dal corpo straniero, invece di adoperare la pinza laringea sulla guida dello specchietto laringeo, essendo necessario far subire uno spostamento laterale al corpo straniero per liberare una delle estremità, pensai di ricorrere alla laringoscopia diretta coll'istrumento di Kirstein, allo scopo di poter agire con maggiore sicurezza e pòter afferrare con un buon mezzo di presa l'ago, onde evitare che nei movimenti di laterabilità scivolasse più in basso. La laringoscopia diretta infatti in questo caso riuscì egregiamente e mi permise di estrarre dal seno piriforme sinistro con una pinza diritta un ago completo che vi era conficcato sia colla punta che colla cruna, che misurava la lunghezza di cm. 5 e che è rappresentato dalla unita figura, n. 1.



(Fig. 1).

Volli tenere il paziente in osservazione per timore che insorgessero fenomeni reattivi da parte del laringe; invece il paziente non sofferse alcun disturbo, e dopo due giorni potè essere dimesso.

Ciò che vi ha di interessante in questa osservazione è la facilità con cui ho pòtuto estrarre il corpo straniero coll'aiuto della laringoscopia diretta: in tal modo riuscii a misurare molto più esat-

tamente che non collo specchietto laringeo lo spostamento che imprimevo al corpo straniero onde poter liberare una delle due estremità, atto questo che richiedeva somma prudenza, perchè uno spostamento brusco avrebbe potuto spingere la punta a ledere qualche organo importante.

Il giorno 24 novembre si presentò all'ambulatorio laringoiatrico all' Ospedale Maggiore la paziente N. N. di Milano accusando di aver un osso in gola. All'esame del faringe non riscontrai alcun corpo straniero: all'esame lasingoscopico invece rilevai una spina ossea infissa trasversalmente a guisa di ponte fra la base della lingua e la parete posteriore del vestibolo laringeo.



(Fig. 2).

Nessun fenomeno reattivo nè da parte del faringe, nè da parte del laringe, successe alla sua estrazione.

RASSEGNE

1. **I progressi della otologia nel secolo XIX.** — Nel catalogare una Prelezione del prof. G. Poli, che ha appunto questo titolo, prelezione ricca di interessanti notizie storiche, abbiamo con piacere letto che l'autore attribuisce al *Bollettino*, che vide la luce nel 1882, di avere contribuito a compiere, insieme ad altri fattori, « un vero risveglio di queste specialità nel nostro paese ».

Avremmo desiderato, unicamente per la storia della otologia, che il prof. Poli avesse pure ricordato, che, dopo il De Rossi, fummo noi ad iniziare in Italia un privato insegnamento di questa specialità. Si legge infatti testualmente nel fascicolo di questo stesso *Bollettino*, pubblicato nel *gennaio del 1884* sotto il titolo: *Clinica privata di otologia e laringologia*, « che anche durante il presente anno scolastico 1883-84, come fu praticato negli ultimi **quattro anni**, (dunque dal 1884 si rimonta al *1880*) il dott. V. Grazzi è lieto di ricevere nei proprio Gabinetto tutti gli studiosi che vogliono onorarlo con la loro presenza ».

Fu in quell'epoca, cioè prima del conseguimento per esame della Libera Docenza (gennaio 1884), che assisterono alle visite dei malati nel nostro Gabinetto ed alle relative considerazioni cliniche, oltre gli studenti di medicina, vari ufficiali di sanità militare, e fra gli altri ci piace notare il colonnello medico dottor Dainelli, ora generale in ritiro, il Cozzolino di Napoli, il Secchi di Bologna, e più di ogni altro, Origene Masini. Questi, rapito prematuramente alla scienza, prima di suo fratello, prof. Giulio, nostro carissimo collega ed amico, andò a stabilirsi a Genova verso il 1882, o nel 1883, dopo di avere per vario tempo frequentata la nostra clinica privata. Il povero Origene veniva da noi due o tre volte alla settimana da Certaldo, dove era medico condotto, e scrisse e pubblicò qualche lavoro sopra alcuni ammalati studiati insieme.

Scriviamo questo non perchè attribuiamo importanza alla cosa, ma come appunto storico, e ringraziamo il prof. C. Poli che ci ha offerta l'opportunità di ricordare questi fatti che, sebbene antichi, ci fanno sempre piacere.

2. **Onoranze giubilari al prof. Achille De Giovanni.** — Per iniziativa degli studenti della Facoltà medica di Padova si preparano solenni onoranze al valente clinico nella ricorrenza del suo *trentesimo anno di insegnamento*. A tale scopo vengono raccolte adesioni e quote minime di *lire dieci* per potere offrire al festeggiato una raccolta di pubblicazioni scientifiche degli allievi ed ammiratori ed un busto in bronzo.

Il Direttore del *Bollettino* ha mandata la sua adesione; chi desidera imitarlo scriva al *dott. Luigi Messedaglia*, Clinica Medica, Padova, che è il Cassiere del Comitato.

3. **Gli schiacciatori del Grazzi nella cura meccanica della faringite granulosa**; pel Dott. S. Genta. — L'A. dopo aver constatato la maggior frequenza di tale affezione nell'uomo che nella donna (3.1), e ciò per le comuni cause etiologiche le quali sono più facili a riscontrarsi nell'uomo, (fumare, alcoolici etc.) passa a notare sommariamente i principali fatti anatomo-patologici che accompagnano la malattia.

Iniziando dipoi una rivista dei varii metodi curativi proposti l'A. ricorda la inutilità dei gargarismi ed i pericoli che può portare l'uso della irrigazione naso-faringea per la possibile penetrazione di liquido carico di prodotti di secrezione nella tromba. Sono ugualmente di effetto nullo o malsicuro le polverizzazioni e le insufflazioni: migliore è invece l'esito delle pennellature e delle causticazioni col galvano cauterio. Quest' ultimo metodo che fu da alcuni criticato come pericoloso ha dato all'A. buoni risultati, ma naturalmente è assai lento dovendosi cauterizzare poche granulazioni per volta onde non produrre una eccessiva reazione.

Meyer, Knapp e Melherbe hanno addirittura consigliato il curettage della mucosa ritenenendo questo l'unico mezzo di agire efficacemente su tutto il suo spessore e segnatamente sul fondo delle ghiandole in essa contenute.

L'A. però crede che non sia necessario di ricorrere ad un sistema tanto vadicale. Egli ha avuto modo di impiegare invece gli schiacciatori che il Grazzi propose pel primo nel 1899; questi strumenti semplicissimi constano di una rotella montata in un'asta metallica per modo che può esser portata facilmeute in faringe a produrre ad un tempo lo schiacciamento delle granulazioni ed il massaggio della parte malata. La tecnica operativa è semplice assai; prima si cocainizza completamente la mucosa, poi, dopo avere colla rinoscopia posteriore accertata la sede principale dell'affezione, si applica lo schiacciatore usando una certa forza onde svuotare e comprimere i follicoli. A questo l'A. fa seguire delle pennellature di jodio, o di nitrato di argento.

L'effetto è rapido ed uguagliato solo dall'uso della galvanocaustica, in sicurezza non in tempo; i malati se ne trovano essi stessi tanto bene che lo richiedono, a preferenza dei sistemi prima usati: ha inoltre il vantaggio di poter essere praticato con facilità senza bisogno d'aiuti e di non presentare pericoli di sorta.

Il concetto guidatore è lo stesso che ora ha condotto molti oculisti a trattare meccanicamente le congiuntiviti granulose.

Mentre il curettage può esser seguito da emorragie, con lo schicciamento ciò è evitato. Il Prof. Faraci espresse il timore di possibili recidive non essendo tutta la parete del follicolo distrutta; ma l'A. finora non ha osservato casi simili.

Furono applicati gli schiacciatori anche in un caso di faringite secca con buon resultato, giacchè la mucosa si vascolarizzò meglio, il catarro venne più fluido, e la voce si fece più chiara.

L'A. conclude ritenendo questi strumenti pratici, facili ad usare e tali da costituire uno dei più validi aiuti contro una affezione di cui è nota la difficoltà di cura e l'incertezza di quasi tutti i metodi sino a poco fa proposti. (Dalla *Clinica Moderna*, 1901).

LIGORIO (Firenze).

4. **Uno strumento per l'operazione radicale delle sinusiti mascellari croniche col processo Caldwell-Luc;** per il dott. G. GAVELLO.

Tutti sanno come sia faticoso e difficile nel processo di Luc, il tempo in cui l'operatore, dopo aver aperto dalla via della fossa canina il seno mascellare ed averne raschiato la cavità, si accinge a mezzo della sgorbia a praticare una ampia comunicazione del seno stesso colla cavità nasale. L'ampiezza e regolarità di tale apertura artificiale sono le condizioni messe a profitto dall'autore del metodo onde poter comodamente medicare e tamponare la cavità del seno mascellare, senza bisogno di tenere aperta per tutto il tempo della cura la sua comunicazione colla cavità buccale. Come dicevano però questa parte dell'operazione non è certo delle più agevoli, specialmente poi se l'emorragia delle parti raschiate si fa niente niente abbondante o il malato non è in una profonda narcosi.

A tali inconvenienti ha mirabilmente rimediato il Gavello, ideando una pinza di foggia adatta, munita all'estremo delle sue

branche di due cucchiai taglienti che entrano uno nell'altro. Raschiata e tamponata la parete del seno, si introduce una branca della pinza nella cavità nasale ed una per l'apertura della zona canina nel seno mascellare: così applicata la pinza, stringe un tratto limitato della parete interna del seno, ed un colpo secco ne asporta con facilità un disco regolare netto, togliendo ad un tempo e la mucosa e la parete ossea. Il disco cade dalla parte del naso, poichè opportunamente il cucchiaio che penetra nel seno è il più piccolo ed entra nell'altro spingendo il disco.

Si ottiene con ciò nna notevole economia di tempo, una sicurezza grande di successo e soprattutto la breccia è regolare, ampia e non soggetta a ristringersi od obliterarsi.

L'A. riporta un caso in cui ha applicata la sua pinza e che ha dato conferma di quanto l'esperienza sul cadavere gli faceva supporre. In complesso si tratta di una facilitazione di tecnica più che di una vera modificazione al processo, ma essa è delle più ingegnose ed utili che si possano immaginare. (*Archivio Italiano d'Otologia, etc.* vol. XII, fasc. 2). LIGORIO (Firenze).

5. **Effetti caustici di un gargarismo boricato.** — Già altra volta sono stati citati gli effetti nocivi che potevano avere i clisteri di soluzione borica. Ora si riferisce il caso di un uomo affetto da angina semplice cui fu prescritto un gargarismo con acido borico al 3,75 °[o misto a pari quantità di scottatura di tiglio: credendo d'affrettare la guarigione il malato usò la soluzione borica sola e fu colpito da una grave recrudescenza della angina con interna stomatite. Su tutti i punti ove la soluzione aveva più agito vi erano delle larghe chiazze grigiastre; il resto della mucosa era vivamente arrossata e dava sensazione di intenso bruciore. Tutto cessò col sospendere l'uso della soluzione borica, e sostituirvi dell'acqua alcalizzata calda. (*Dalla Semaine méd.*, 1902, n. 6). LIGORIO (Firenze).

6. **The treatment of Nasal Polypus** (La cura dei polipi nasali); per i Dott. LAMBERT LACK e CRESSWELL BABER. — Lack parte dal principio che il polipo nasale è essenzialmente *una placca di membrana muccosa edematosa* e che questo edema è il risultato di una infiammazione dell'osso sottostante, ciò che è provato dall'esame clinico e microscopico. È anche provato che nei polipi si riscontra la struttura della membrana muccosa normale, più una certa quantità di essudato infiammatorio, siero e cellule rotonde. Tra l'edema ed il polipo la differenza non è che di grado, essendo identica la struttura microscopica di entrambi.

Che i polipi sieno dovuti ad alterazioni dell'osso sottostante si deduce oltre che dalle investigazioni di Woakes, Thurston e Martin, anche da quelle dell'A., che in più di 30 casi trovò osteite rarefaciente dell'osso sottostante ai polipi, e di Cordes.

I sintomi che segnalano la malattia dell'osso sono: 1° L'esplorazione digitale, fatta prima dell'operazione, della regione etmoidale fa sentire punte e piccole schegge di osso mobili, attraverso un tes-

suto gelatinoso; 2° la scomparsa del turbinato medio, che s'osserva, talora, dopo l'asportazione dei polipi; 3° il non riprodursi del polipo quando l'osso fu asportato.

La cura dei polipi, quindi, deve mirare, secondo l'A. ed asportare non solo il polipo ma anche l'osso malato. E qui l'A. distingue quattro casi: 1° quando v'è un solo polipo, o due, che durano da lungo tempo, nel mentre mancano i segni di un processo attivo, si può ritenere che l'affezione iniziale dell'osso è guarita, ed allora può bastare la semplice rimozione dei polipi; 2° quando l'affezione ossea è recente, s'accompagna ad ingrossamento dell'estremità anteriore del turbinato medio con edema della mucosa, o formazione di polipi incipiente, la cura si riduce all'amputazione tipica dell'estremità anteriore, o di tutto il turbinato medio; 3° quando vi son pochi polipi e trovasi un'area di osso malato limitata, può bastare l'operazione fatta coll'ansa, che si spinga più in alto che possibile rasente la base dei polipi, in modo da prendere anche il pezzo d'osso su cui si impiantano: in una seconda seduta si estirpa, collo strumento di Grünwald, tutto ciò che rimane d'osso o di muccosa malati, e, se è necessario, anche il turbinato medio, 4° quando l'affezione ossea è estesa ed i polipi sono numerosi occorre asportare, coi polipi, tutta la parte malata dell'etmoide, ed il turbinato medio. L'A. servesi per ciò fare, di un coltello anulare, largo, simile a quello di Meyer, col quale può asportare larghe masse di polipi, di muccosa degenerata, e frammenti d'osso. Occorre andar cauti in vicinanza della lamina cribriforme, ma si può impunemente spazzare tutta la parete interna dell'orbita. In queste operazioni l'A. non osservò mai sintomi cerebrali nè ebbe morti. Osservò raramente recidive. Opera sotto anestesia generale col protossido d'azoto.

Cresswell-Baber distingue la cura dei polipi in due stadi: 1° Estirpazione dei polipi, 2° Trattamento consecutivo per impedirne il ritorno. L'estirpazione dei polipi si fa coll'ansa, fredda o calda. C. Baber preferisce la fredda, fatta con filo d'acciaio piuttosto grosso. In rari casi in cui l'ansa non giuoca servesi di un uncino acuto o di un fine paio di pinze ed anelli. Quando il polipo pende nella coana, il dito spinto nel cavonaso-faringeo serve egregiamente per piazzarvi l'ansa attorno. Se non vi si riesce può usarsi l'uncino di Lange, od una pinza sotto la guida del dito. L'uso della pinza, però, non è da raccomandarsi in generale, per l'asportazione dei polipi.

Riguardo al trattamento consecutivo, C. Baber dice che la cauterizzazione galvanica delle radici del polipo può convenire solo nei casi in cui è visibile il punto d'impianto: spingere un cauterio alla ceca tra gli interstizii dell'etmoide sembragli pericoloso. Lo stesso dice dell'acido cromico. Trovò utili le spolverizzazioni nel naso con alcool, in soluz. 25 per cento fino al rettificato, raccomandate da Miller. Cautele particolari esige l'operazione sui vecchi al di sopra dei 60 anni. In questi casi se si opera bisogna farlo rapidamente, a causa dello shock e della possibile emorragia.

L'A. ammette che la causa produttrice dei polipi, nelle affezioni dell'etmoide, può risiedere nella muccosa, nel periostio o nell'osso (ostite rarefacente od osteoplastica), od entrambe insieme. Ricorda che, sopratutto secondo le ricerche di Cordes, l'osso può essere affetto primitivamente nel tifo, influenza, scarlattina ed altri esantemi.

Quando all'asportazione dei polipi e cauterizzazione delle loro radici non segue recidiva, se ne deduce che la muccosa sola è malata, e non occorre altro trattamento. Il polipo *unico* ordinariamente non recidiva. Invece quando le recidive son frequenti e rapide si deve conchiudere alla presenza di osteite o ad affezione della muccosa che tappezza da cellule. In questi casi conviene asportar l'osso e le cellule malate. Cominciare coll'asportare la metà anteriore del turbinato medio, locchè rende più accessibili le cellule etmoidali anteriori. Se ciò non basta, si rimuovono le cellole etmoidali colla pinza di Grünwald od altra simile, e si curetta bene il resto, facendo attenzione alla lamina cribriforme. — Ma nessuna di queste misure garantisce assolutamente contro la recidiva — B. opina che il processo di Lack, che allontana tutte le cellule etmoidali coll'anello tagliente dev'essere impiegato solo nei casi di recidive frequenti e rapide, ma si può raccomandare solo sotto due condizioni: 1° se può dimostrarsi che evita le recidive, 2° se può farsi senza rischio delle cavità orbitale e cranica. (Rapporto presentato alla Società Laringologica di Londra, in seduta 7 Dicembre 1900). BOBONE (San Remo).

BIBLIOGRAFIA

Teodoro Heimann (Varsavia) *Ueber letale Ohrerkraukungen* (Le malattie mortali dell'orecchio).

Analizzato dal *Dott. T. Bobone* (San Remo).

Questo splendido lavoro di un otologista di valore, serio e coscenzioso, rappresenta il 2° fascicolo del 5° volume dei *Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie* pubblicati dal Prof. Haug di Monaco.

Dopo accennato alle vie che conducono il processo dall'orecchio nella cavità cranica, l'Autore studia le cause, predisponenti ed occasionali, delle complicazioni letali rilevandone la rarità nei bambini, la massima frequenza tra 11-40 anni, la maggior frequenza negli uomini che nelle donne, e la maggior frequenza dal lato destro per rapporto al lato sinistro (70 contro 30).

Parlando della batteriologia delle complicazioni intracraniche dice che la producono gli stessi microbi che generano le otiti medie, ritenendo non deciso ancora se speciali microbi dieno luogo a speciali forme di complicazioni, ed ammettendo come più verosimile che una sola specie di microbi possa causare complicazioni differenti.

Accennato alla frequenza colla quale le complicazioni intracra-

niche delle otiti medie non sono conosciute, e passano, ordinariamente, come casi di apoplessia, tubercolosi miliare acuta, tifo, febbre intermittente, reumatismo articolare, polmonite, pleurite, eclampsia etc.... ne deduce la somma importanza di una buona diagnosi, a fine di determinare se i sintomi che presenta il malato sieno realmente dipendenti dalla lesione auricolare, oppure se sieno solo funzionali.

Enumera i tipi principali delle complicazioni intracraniche otitiche, che sono: la pachimeningite circoscritta esterna, con o senza ascesso estra o sottodurale; la meningite o leptomeningite diffusa; l'ascesso cerebrale o cerebellare; la flebite con trombosi dei seni, embolia, piemia, setticemia etc.

La pachimeningite esterna con ascesso estradurale rappresenta la complicazione la più frequente, che s'incontra più spesso nelle otiti acute che croniche. L'autore ne traccia l'anatomia patologica, la sintomatologia, la prognosi e la cura, propugnando l'apertura precoce della cavità del cranio.

Parlando della leptomeningite diffusa ancora alla forma latente, che distingue dalla manifesta, e si occupa della diagnosi differenziale tra questa ed altre malattie.

Dell'ascesso cerebrale e cerebellare otitico, dopo data la definizione ed esposta la statistica tratta largamente la eziologia e la sintomatologia. Distingue, come fece Von Bergmann, i sintomi in tre classi: 1° Sintomi generali della suppurazione; 2° Sintomi dati dall'aumentata pressione intracranica; 3° Sintomi di focolaio.

Esposte la diagnosi, le indicazioni operative e la statistica sulle probabilità di guarigione, tratta l'argomento la tecnica operativa sì dell'ascesso cerebrale che cerebellare mettendo a contributo coll'esperienza di Macerven, v. Bargmann, Chauvel, Wagner, Iansen, Trautmoren, Politzer, Kocrner etc., anche la propria.

Nel capitolo della tromboflebite pioemia e setticoemia otitiche l'Autore fa dapprina la distinzione tra la trombosi primaria, o marastica, e la secondaria, o infettiva, che è quella che segue alle affezioni dell'orecchio. Ne rileva la maggior frequenza nell'età matura e, ciò che si osserva anche per le altre complicazioni, la maggior frequenza a destra che a sinistra. Trattano l'eziologia e l'anatomia patologica. Riconosce l'esistenza di pioemia senza trombosi, che sarebbe causata da trasporto diretto di micrococchi dal focolaio primitivo nella circolazione, in seguito ad osteoflebite (Kocrner); perciò ammette anch'egli la distinzione tra pioemia trombotica e non trombotica. Distingue i sintomi della tromboflebite in generali e locali; i primi in tre gruppi: 1° gruppo nel quale predominano le lesioni polmonari, 2° Gruppo in cui predominano i sintomi addominali; 3° Gruppo in cui predominano i sintomi cerebrali. Descrive, in seguito, i sintomi particolari alla tromboflebite del seno trasverso, del bulbo della vena giugulare, del seno cavernoso, del seno longitudinale superiore, della vena giugulare interna e della vena facciale.

La terapia specialmente è operativa: spaccatura del seno trasverso; legatura della vena giugulare etc. L'A. insiste ancora sulla opportunità di una cura roborante generale.

Tra le malattie letali dell'orecchio sono ancora da annoverare le emorragie della carotide interna e dei seni, alle quali l'A. dedica un breve capitolo.

Termina questo interessante lavoro un breve rendiconto delle malattie mortali dell'orecchio osservate dall'autore fino ad oggi sì nell'ospedale, che nella sua pratica privata. Sono 85 casi riflettenti piemie, setticemie, pachimeningiti, leptomeningiti, ascessi cerebrali e cerebellari, alcuni operati, molti altri no; con 73 morti e 12 guarigioni. Di quasi tutti i casi di morte è riferito un breve reperto necroscopico.

L'Aprosexia dal punto di vista della pedagogia e dell'igiene scolastica. — *Comunicazione al primo Congresso italiano per l'educazione fisica fatta dal prof.* VINCENZO COZZOLINO. — Napoli, R. Tip. F. Giannini e figli, 1901.

Analizzato dal *Dott. R. Montelucci.*

Il prof. Guye, otologo dell'università di Amsterdam, propose fino dal 1887 di dare il nome di aprosexia (da α senza προβέχης-εος attento) alla deficenza temporanea dell'attività cerebrale, caratterizzata da *impossibilità o quasi di fissare l'attenzione su di un' idea o su di un oggetto determinato;* sindrome che è puramente secondaria *al ridotto calibro delle prime vie respiratorie e specialmente delle coane.*

L'aprosexia di fatto nelle generalità dei casi è dovuta a certe speciali ostruzioni del cavo retro-nasale, e specialmente delle coane, che sono sostenute dallo sviluppo vegetante di un tessuto connettivale molto giovane, normale, nelle cui maglie sono racchiuse numerosissime cellule linfatiche; tessuto che è ricco di vasi e di follicoli muccosi (per cui dispostissimo all'igrometria, alle congestioni, ed alle flogosi), che ha sede nello stroma della muccosa verso la volta e pareti laterali della faringe nasale, e che si chiama *tessuto adenoideo* perchè ipercrescendo dà luogo a quelle così dette *vegetazioni adenoidee* che si possono riconoscere anche con l'esplorazione digitale.

Ora siccome queste vegetazioni adenoidee, intravedute prima dallo Czermack, poi bene studiate da W. Meyer di Copenaghen, ostacolano più che altro la respirazione e la buona aereazione della tuba Eustachiana (che è pure così importante per la buona audizione), così l'A. dimostra che chi è sofferente per queste stesse vegetazioni diviene adunque aprosexico più che altro per la difficoltata respirazione e audizione.

Come le incomplete sensazioni uditive non possono nell'aprosexico trasformarsi in chiare e complete percezioni cerebrali, così per tutte quelle cause di deterioramento organico che derivano in realtà (e come bene l'A. dimostra) dalla deficente ossigenazione polmonare

e generale, si arriva assai bene a spiegarsi come in lui anche il sistema nervoso debba subire quel tale depauperamento che è poi la prima causa dell'aprosexia.

L'aprosexico è bene caratterizzato, nell'estetica, dalla bocca costantemente più o meno aperta, da una mancanza di espressione dello sguardo e della fisonomia, e, intellettivamente, da disattenzioni ed incapacità a seguire l'insegnamento alla pari con gli altri scolari. Si modifica in lui anche la muscolatura della faccia con grave alterazione dei muscoli della mimica e masticatori, e si modificano anche quelli destinati alla fonazione; talchè l'aprosexico spesso rimpiazza le lettere *m* ed *n* con *b* e *d* dicendo invece di *memoria bebo-boria*, *daso* invece di *naso;* esso è disadatto allo studio delle lingue ecc. Nei casi più gravi si può anche osservare in lui qualche alterazione ossea consistente specialmente in una concavità ogivale pronunziatissima della volta palatina, (che può poi dare spostamento o scoliosi del setto del naso, abbassamento o depressione delle ali del naso), nell'allungamento del mascellare inferiore, nell'alterazione delle arcate dentarie, alterazione nella conformazione del torace, incapacità a qualunque sviluppo organico, discrasia sanguigna ecc.

I bambini, gli scolari aprosexici, siccome poi sono assai più numerosi di quello che comunemente si creda o soglia apparire a prima vista e sono spesso scambiati con i deficienti, gl'idioti, i cretini ecc., e siccome possono essere guariti da un semplice raschiamento delle suddette vegetazioni, così apparisce di quanto grande importanza sia lo illuminare sopra l'argomento e genitori e maestri, perchè nel tempo debito procurino di osservare se i loro figli o scolari vanno soggetti al suddetto difetto nasale. E sono tutte queste necessità di continua vigilanza che l'A. mette assai chiaramente ed efficacemente dinanzi, dimostrando anche a quali conseguenze tristi (delinquenza, suicidio) possono condurre certi difetti in bambini, che pur non essendo dei cretini, si vedono come tali ritenuti, e quindi trascurati e derisi dai propri compagni, molestati e mortificati dai stessi genitori, e, col crescer degli anni, scherniti dalla stessa società.

L'esame dei possibili ostacoli respiratori retronasali può farsi nel solito e primitivo modo della espirazione forzata a narici alternativamente chiuse, e della successiva constatazione ed apprezzazione della forza delle due correnti espiratorie.

Il procurare del resto che i bambini tengano sempre la bocca chiusa, oltre a scongiurare le conseguenze aprosexiche, varrà anche a scongiurare tutte quelle altre conseguenze o pericoli batteriologici che, è ormai risaputo, tener dietro al troppo facile ingresso dell'aria nell'albero respiratorio, ed a quella mancanza di necessario riscaldamento, di filtrazione, e di saturazione acquosa che assai meglio si compiono a bocca chiusa attraverso il naso.

L'A. termina il suo pregevolissimo lavoro facendo un caldo appello agli insegnanti perchè procurino di parlare agli scolari con un timbro medio di voce, senza passaggi dagli acuti ai bassi, nè grida,

nè colpi di gola; procedendo lentamente, e con netta accentuazione delle parole, sempre parlando dalla cattedra; facendo voti perchè l'acustica delle aule scolastiche non lasci a desiderare (e queste non abbiano più a chiamarsi *scuole omicide* come le caratterizzava Francesco De-Sanctis), e rivolgendo alcune proposte a S. E. il ministro della pubblica istruzione che si compendiano:

1° nel far sì che ogni medico nel fare un certificato di sanità generale dell'organismo debba aggiungere il resultato della sua osservazione *sulla perfetta o non permeabilità delle primissime vie respiratorie*, indicando cioè se trattasi di un *adenoideo*, e se può esservi probabilità di aprosexia.

2° nell'interessare genitori, insegnanti, istitutori a che non facciano tenere la bocca aperta ai propri bambini, facendo loro conoscere come sia questa condizione predisponente a flogosi naso faringee, auricolari, laringee, bronco polmonari, malattie infettive, generali ecc.

3° nel promuovere una miglior sorveglianza medica nelle scuole.

4° e 5° nel procurare di scoprire per tempo fra i bambini delle scuole i così detti *duri d'orecchio*, e di aver loro tutte quelle cure speciali che possono scongiurare l'aprosexia.

Dott. R. MONTELUCCI.

NOTIZIE VARIE

Insegnamento della Oto-rinolaringoiatria in Italia. — Il dott. Vittorio Niccolai di Milano, libero docente, con decreto del 31 gennaio 1902, è stato *incaricato* dell'insegnamento della oto-rino-laringoiatria nella R. Università di Pavia.

Il dott. Carmelo Abate di Catania, con decreto del 6 marzo 1902 è abilitato per titoli alla privata docenza di laringologia nell' Università di Napoli.

Presentiamo le più sincere congratulazioni ai due valenti colleghi.

Per una bibliografia medica internazionale. — Nel fasc. del *15 febbraio 1902* del *Bollettino delle pubblicazioni mediche italiane* il signor Luigi Nobile-Lojacono, che ne è il solerte direttore, fa una saggia proposta riguardante la pubblicazione in ogni Stato di un periodico simile a quello che si stampa in Firenze, colla speranza di rendere quanto è più possibile completa la *bibliografia medica internazionale.*

La Direzione sente il dovere di ringraziare i seguenti Autori che si degnarono inviarle in dono le seguenti pubblicazioni:

Barbera dott. Faustino. — *Los fibromas de la faringe* (Imprenta de Francisco Vives Mora, 6, Hernan Cortés; Valencia, 1902).

Barrago-Ciarella dott. Oliviero. — *Rendiconto statistico del biennio 1898-99-1899-900* (Tip. L. Niccolai; Firenze 1901).

Bulletin de la Société Belge d'Otologie de Laryngologie et de Rinologie.

Calamida dott. Umberto. — *Terminazioni nervose della membrana timpanica* (Stamp. dell'Unione Tip. Editrice Torinese ; Torino).

Cheatle dott. Arthur H. and Milligan dott. William. — *Transactions of the Otological Society* (J. e A. Churchill 7, Great Marlborough St ; London 1901).

Del Lungo dott. Guido. — *La peste bubbonica* (Tip. Succ. Vestri ; Prato 1901).

Ferrari prof. P. — *Degli studi accademici per l'anno 1901* (Tipografia M. Ricci, 31 via S. Gallo ; Firenze 1901).

Garet dott. J. — *Quelques cas curieux de corps étrangers du larinx* (Masson et Cie Editeurs, 120, Boul. St. Germain; Paris).

Idem. — *Sur un cas d'eversion ventriculaire* (Feret et Fils Editeurs, 15, cours de l'Intendance, Bordeaux 1901. Octave Doin, Editeur, 8, Place de l'Odéon ; Paris 1901).

Gavello dott. Giuseppe. — *A proposito d'uno strumeoto per l'operazione radicale delle sinusiti mascellari croniche col processo di Caldrvell-Luc* (Stamp. dell' Unione Tip. Editrice Torinese; Torino).

(*Continua*).

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1902 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza, 44.

Anno XX. Firenze, Maggio 1902. N. 5.

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Istituto di Patologia Generale ed Anatomia Patologica Veterinaria della R. Università di Pisa
diretto dal Prof. V. Colucci.

Sulla etiologia dei mixomi delle fosse nasali.

NOTA CLINICA ED ISTOLOGICA

del Dott. VITTORIO GRAZZI

Prof. straord. di Oto-rino-laringologia nella R. Università di Pisa.

Mi occupo da oltre un anno in osservazioni istologiche della muccosa olfattiva facendo intanto degli studi comparativi in alcuni animali, come avviamento a ricerche fisiologiche sul senso dell'olfatto nell'uomo, che mi propongo di compiere in seguito, come complemento di quanto già pubblicai a tale riguardo (1). Debbo alla squisita cortesia del Professor V. Colucci, e del suo aiuto Dott. Carlo Nencioni, di poter compiere questi studi comparativi nell'Istituto di Patologia Generale e di Anatomia Patologica veterinaria della R. Università di Pisa, e soprattutto sono ad ambedue gratissimo per i consigli e gli ammaestramenti coi quali mi dirigono nelle delicate ricerche istologiche.

Ora mi avviene spesso andando all'Istituto del Prof. Co-

(1) V. Grazzi — *Sulla fisiopatologia dei nervi olfattivi.* Tip. di Edisso Traversari; Empoli, 1900.

lucci di portare lì qualche tumore operato, od altro pezzo patologico, per esaminarne la struttura, e su quelle preparazioni domandare il parere del provetto e valente microscopista. Ultimamente portai infatti al Laboratorio un grosso tumore, estirpato la mattina del 24 gennaio 1902 dalla fossa nasale sinistra del sig. Cav. D. C., colla assistenza del Dott. Orlando Luchi di Firenze, per studiare questo neoplasma, che aveva l'apparenza di un polipo mixomatoso. Mi si offriva l'opportunità di avere un caso tipico e volevo studiarlo, ripeto, in rapporto specialmente alle opinioni emesse di recente sulla etiologia di questi tumori da due valenti rinologisti inglesi (1).

Sulla storia clinica del caso che mi dette occasione di questo studio tornerò in seguito, intanto dirò come in una relazione presentata alla Società Laringologica di Londra dai Dottori Lambert Lack e Crssewell Baber. « Intorno alla cura dei polipi nasali », essi affermano un fatto che non concorda colle osservazioni da me registrate in tanti anni di pratica rinojatrica, che credo importante di fare rilevare e sottoporre a savia critica. Il Lack nella relazione stessa dichiara che il polipo nasale è essenzialmente una placca di membrana muccosa con edema e che questo edema *è il resultato di una infiammazione dell'osso sottostante*. Il Cresswell Baber, che ha collaborato in questa relazione, è meno esclusivista ed ammette potere la causa produttrice risiedere nella muccosa, nel periostio o nell'osso sottostante (osteite rarefacente od osteoplastica).

Sopra i polipi nasali sono state scritte numerose monografie e sarebbe opera vana rintracciare tutte le opinioni emesse sulla etiologia e la natura di questi neoplasmi. A molteplici fattori venne infatti attribuita nei vari tempi la causa diretta dei polipi nasali, accordando importanza alla ereditarietà, alla sifilide, all'influenza dei miasmi, all'infiammazione cronica della muccosa, ecc. Il De Simoni (2) in un recente lavoro, che merita essere preso in considerazione,

---

(1) THE TREATEMENT OF NASAL POLYPUS; per i dottori Lambert Lack e Cresswell Baber. Vedi largo riassunto di questa relazione fatto dal dott. T. Bobone, di S. Remo, nel *Boll. delle malatt. dell'orecchio, ecc.*; aprile, 1902, pag. 89 e seg.

(2) DE SIMONI — *Della coincidenza di mixomi multipli nasali in vari componenti di una famiglia e della presenza di blastomiceti nell'intimo loco.* (*Boll. delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso*; pag. 193, 1900).

dice che queste possono essere cause predisponenti allo sviluppo ai mixomi delle fosse nasali, mentre non pochi dati clinici, cioè il modo di insorgere, il decorso, la maniera di diffondersi, le recidive, ecc., potrebbero farli ritenere di natura infettiva. Non comprendo quindi come in tanta divergenza di opinioni si possa affermare essere essi *sempre* la conseguenza di una malattia dell'*osso*. Il Lack deduce questo fatto, dalle investigazioni di vari autori, i cui nomi sono citati nella relazione (Cordes, Woakes, Thurston e Martin) e da 30 casi suoi, nei quali trovò sempre l'osteite rarefacente (1). Se ciò fosse vero ognuno comprende la gravità che assumerebbero questi casi e la necessità, come consiglia il Lack stesso, di far seguire alla asportazione del polipo quella dell'osso corrispondente al punto d'inserzione del neoplasma (2). Ora veramente chi abbia un po' di pratica di rinojatria deve convenire che ciò non corrisponde alla osservazione clinica. Ho asportato centinaia e centinaia di mixomi dalle fosse nasali, senza mai resecare l'osso corrispondente al supposto punto di inserzione, ed in moltissimi casi ottenni la più completa guarigione che dura da molti anni senza recidive. Il Lack invece ammette questo fatto solamente in via eccezionale e quando si tratta di polipi unici di antica origine in cui mancano i segni di un processo attivo, e si può ritenere essere guarita la malattia dell'osso. Ma come può supporsi che mentre rimane nella fossa nasale per lo meno l'irritazione prodotta dalla presenza del neoplasma, se esso ebbe origine da osteite, ecc. questa possa spontaneamente guarire? Alcune osservazioni cliniche, che tolgo a caso dai miei registri, una delle quali corredata dell'esame istologico, dimostrano per lo meno la inesattezza di questa opinione.

---

(1) Quando i mixomi delle fosse nasali sono in rapporto con una malattia dell'osso, il caso assume subito una gravità eccezionale, ed un esempio tipico di questo genere viene riferito dal dott. L. Spencer nella seduta del 7 aprile 1900 alla Società di Laringologia di Londra. *(Journal of Laringology;* luglio, 1900).

(2) Questa opinione un poco troppo recisa e radicale del dottor Lack mi ha fatto ripensare ad una comunicazione fatta dallo stesso autore alla *Società Laringologica di Londra* a proposito di un caso di polipi persistentemente recidivanti accompagnati da suppurazione dei seni frontale ed etmoidale. Nella discussione che seguì alla presentazione di questo ammalato, sir Felix Semon, la cui competenza in materia è fuori di questione, espose a parer mio la nota giusta

Il P. Michelangelo dell'Antella, minore osservante, oggi nel Convento di Signa, uomo attempato, che soffrì continuamente di riniti catarrali, e prese tabacco dal naso per varii anni, fu da me operato col laccio a freddo di un voluminoso polipo della fossa nasale destra nel settembre del 1897. Stette benissimo per quattro anni, ma il 17 di luglio del 1901 trovai la fossa nasale di nuovo ostruita, ed in detto giorno l'operai di un secondo mixoma. Anche questa volta l'asportazione avvenne senza inconvenienti: si trattava di un solo polipo, estirpato il quale, il frate, che ho riveduto varie volte, respira benissimo e non si osservano altri neoplasmi, nè segni di malattia alcuna nell'osso. Ecco un caso tipico il quale,

---

che mi piace qui brevemente riferire dopo la sommaria descrizione del caso di Lack, che è pure interessante ed istruttiva.

Il paziente soffriva di polipi da parecchi anni, che si accompagnavano a suppurazione profusa dei seni. Durante tre anni gli furono asportati i polipi, in media ogni 15 giorni, senza che il paziente fosse, durante tutto questo tempo, capace di respirare per il naso.

Quando l'A. vide il malato per la prima volta, fece subito il raschiamento delle cavità nasali, riuscendo a far respirare il malato meglio di prima. Dopo l'operazione, la suppurazione diminuì di molto ma non cessò completamente finchè i seni frontali non vennero obliterati. Questa operazione è, per l'A., sicuramente curativa, e deve eseguirsi rimovendo tutte le pareti anteriore ed inferiore del seno. La deformità che ne risulta, è leggera; asserisce il chirurgo inglese.

Il caso, come dissi, fu presentato dal Lack alla Società Laringologica di Londra, e sir Felix Semon, premesso che, appartenendo egli ai seniori, non vorrebbe essere riguardato come un oppositore del progresso dei tempi, non potè esimersi dal far notare che guardando indietro su un periodo di 25 anni, durante i quali egli si occupò della specialità, e vide una gran quantità di simili casi, trova che pochissimi, tra questi, abbiano avuto esito infausto prima della scoperta di queste moderne forme curative. Senza dubbio si osservarono *pochi* casi in cui i sintomi minacciosi, quali forte mal di capo, coma, disturbi meningei ed altre complicazioni derivarono dal non aver conosciuto la loro causa e dal non essere intervenuti radicalmente; *ma quanto pochi furono e sono tali casi!* Inoltre egli vide anche casi in cui, dopo l'operazione radicale, la suppurazione continuò egualmente e furono necessarie altre operazioni, dopo le quali il paziente non si trovò meglio di prima. Opina, pertanto, il dott. Semon dover formare oggetto di profonda considerazione il fatto: se l'esistenza di un po' di pus che venga dal seno frontale richieda un'operazione radicale in ogni caso. (*Proceedings of the Laryngological Society of London,* 1° febbraio 1901).

trattandosi di polipo unico, non avrebbe dovuto recidivare secondo la teoria di Lack e Cresswell Baber.

Ho operato recentemente un altro caso interessantissimo dal quale può pure dedursi che nella etiologia dei mixomi le affezioni delle ossa nasali esercitano poca influenza, ma la causa deve invece attribuirsi a malattia della muccosa. Wright a tale proposito scrive che l'infiammazione cronica nella muccosa delle fosse nasali è accompagnata da fenomeni vaso-motori che esercitano una grandissima influenza nella etiologia della infiltrazione edematosa delle parti molli delle cavità del naso sia essa infiltrazione sessile, sia sotto forma di polipi. (1)

Il 15 aprile 1901 venne da me certo Orzalesi Settimo, cameriere, di 43 anni, con ambedue le fosse nasali ostruite completamente a causa di mixomi multipli. Da giovane lavorò nelle miniere di rame di Montecatini in Val di Cecina (Pisa), e d'allora in poi sempre soffrì di *riniti catarrali croniche con abbondante secreto*. Non fece mai una cura regolare, finchè prima si chiuse la narice sinistra e poi anche la destra. Trovandosi in uno stato incomodissimo per la difficoltata respirazione e per frequenti accessi di asma, si decise a farsi visitare.

Sulla causa della ostruzione nasale ed intorno alla natura dei neoplasmi che si vedevano colla rinoscopia anteriore e posteriore non vi era dubbio: si trattava di numerosi mixomi di varia forma e volume che si addossavano gli uni agli altri e riempivano completamente ambedue le fosse nasali.

Col laccio a freddo dal 15 aprile al 29 giugno 1901 tolsi dalle cavità del naso *40 polipi* di vario volume. Esaminai i primi al microscopio, poi vidi che tutti avevano le stesse apparenze del mixoma genuino e non me ne occupai più, solamente messi tutti questi neoplasmi in una boccetta con liquido conservatore per averli nella mia collezione dei pezzi patologici. Di tanto in tanto dovei sospendere nell'Orzalesi l'operazione per le gravi rinorragie che si producevano, ed una volta, riuscito vano il tamponamento, dovei cauterizzare il peduncolo di un mixoma asportato con ripetuti bottoni di platino reso incandescente colla elettricità. Dal 29 di giugno 1901 ai primi di gennaio 1902 il paziente è stato bene: le

(1) J. Wright — *Remarques sur l'etiologie des polypes du nez* (*Annales des mal. de l'oreille*, etc.; Paris, vol. XXVI, pag. I, pag. 350, 1900).

fosse nasali sono previe, ma piuttosto ristrette; non esistone segni di osteite rarefacente, nè di altra natura, avendo, oltre che col rinoscopio, anche con la tenta ripetutamente esplorato lo scheletro delle fosse nasali. La sola muccosa era sempre rossa nel gennaio ultimo decorso e persisteva un abbondante scolo catarrale da ambedue le narici. Fino a quell'epoca nessuna recidiva.

Potrei, ripeto, riferire le storie cliniche di moltissimi casi consimili da me operati, sebbene per il numero dei polipi nessuno uguagli quello dell'Orzalesi; solamente ricordo una levatrice, certa Fedelina N., alla quale tolsi 15 o 16 mixomi da una sola narice, e quello di Suor Giuseppa, portinaia nel R. Conservatorio delle Mantellate, alla quale ho pure estirpato dalle fosse nasali un numero grandissimo di mixomi recidivati nello spazio di 6 o 7 anni. Dirò qui incidentalmente, a proposito di questa portinaia, che ha le fosse nasali amplissime e si eseguisce in lei perfettamente la rinoscopia posteriore, che i mixomi sorgono sempre da punti diversi della muccosa e sono nettamente peduncolati. Ora, mentre non si hanno segni clinici di nessuna specie, come potrebbe ammettersi nella genesi di tali mixomi una malattia delle ossa tanto estesa, e tanto insistente che poi non si rivelasse con altro fatto all'infuori delle recidive dei polipi?

Eccomi a parlare del caso che mi ha offerta occasione di potere eseguire anche l'esame istologico. Come dissi in principio, fu la mattina del 24 gennaio 1902 che operai il signor cav. D. C. Egli mi raccontò che non ebbe malattie che potessero avere rapporto con quella per la quale veniva a consultarmi, solamente da tempo immemorabile soffriva di *catarro delle fosse nasali e specialmente da quella sinistra:* era sempre raffreddato, per ripetere la sua espressione. Questa notizia merita essere ricordata, perchè a parer mio, deve appunto riferirsi a questa rinite catarrale cronica, come feci notare per altri casi, la genesi del polipo, sebbene il Mackenzie, citato a tale riguardo da De Simoni (1) neghi ogni influenza alla infiammazione cronica della muccosa nella etiologia dei mixomi. È affetto da moderato diabete, ma del resto ha l'apparenza sana e robusta nonostante i suoi 66 anni, ed è un attivo ed intelligente lavoratore nell'ufficio nel quale è impiegato (2).

---

(1) (*Loc. cit.*, pag. 195).

(2) Nella etiologia dei mixomi delle fosse nasali l'età esercita

È strano come il sig. C. per 5 o 6 anni abbia avuto la pazienza di tollerare la fossa nasale sinistra completamente chiusa senza ricorrere ai consigli del chirurgo. Venne da me quando incominciò per tale ostruzione una molesta epifora dall'occhio corrispondente ed ebbe dolori puntori al di sopra della fossa canina sinistra in corrispondenza del seno mascellare. Dalla narice destra soffriva solamente di un lieve catarro, e, respirando bene da questo lato, non aveva avuto il pensiero di andare dal chirurgo finchè non insorsero i sintomi ora accennati.

Alla prima visita, detersa con acqua sterilizzata la narice sinistra che era ostruita in modo tale da non permettere il passaggio nè dell'aria, nè dei liquidi dall'avanti in dietro, ed eseguita la rinoscopia anteriore e posteriore e l'esplorazione digitale della regione naso-faringea, feci la diagnosi di voluminoso mixoma. Non ripeterò qui le considerazioni che mi persuasero trattarsi di un neoplasma di quella specie, escludendo per la durata del male, la mancanza di emorragie, l'assenza di secrezioni speciali e per l'aspetto e la consistenza del tumore, che esso fosse di natura maligna. Per questa stavano in verità l'età del paziente, il volume e l'immobilizzazione del tumore (i mixomi sono quasi sempre peduncolati), l'epifora, i dolori della faccia, ecc. Tutti questi fatti potevano però essere spiegati ripensando che il male era tanto antico, e col progressivo accrescimento il neoplasma si era adattato nella fossa nasale in modo da riempirla totalmente esercitando pure una compressione rilevante sulle pareti della medesima, ostruendo alcuni dutti escretori e probabilmente

---

indubbiamente una grande influenza. Infatti anche i pochi casi da me ricordati in questa nota si riferiscono tutti a persone attempate; lo stesso sarebbe avvenuto se ne avessi presi pure molti dai miei registri, avendo osservato nel lungo esercizio un solo caso di mixoma in un bambino. In questo mi trovo d'accordo col dott. Natier, che scrisse una interessante monografia sopra questo argomento (*Polypes mugueux des fosses nasales chez les enfants,* che è citata in seguito), mentre Lennox-Browne e Hopmann affermano che questa rarità è puramente relativa.

Questa ultima opinione fu pure sostenuta da L. Swain e da J. E. Newcomb nella seduta del 22 febbraio 1899 dell'Accademia di Medicina di New-York, nella quale i ricordati autori riferisono alcuni casi di mixomi delle fosse nasali osservati in bambini. (*Annales des mal. de l'oreille,* etc.; Paris, vol. XXVI, pag. 351, 1900).

anche qualche orifizio dei seni che hanno rapporto colla fossa nasale.

Sebbene fossi di ciò persuaso, essendo possibile una rilevante emorragia, o qualche altra complicazione per l'età e le condizioni generali del paziente (è diabetico), il volume del tumore e la sua antica origine, volli che il medico di famiglia assistesse all'atto operatorio.

Con una soluzione di idroclorato di cocaina al quindici per cento procurai con un portaovatta di anestetizzare la muccosa della fossa nasale sinistra meglio che mi era possibile essendo difficile penetrare con gli istrumenti molto profondamente nella narice. Feci sostenere l'operando dal dott. Luchi, il quale si trovava di fianco e teneva il braccio sinistro al di dietro ed in alto della testa del medesimo, mentre colla mano corrispondente veniva in avanti verso la fronte del paziente e colla mano stessa mi reggeva le branche di un dilatatore introdotto nella narice sinistra. Dopo di avere così disposto il malato, afferrai il neoplasma dalla parte della narice, con una pinzetta speciale piegata ad angolo ed avente da un lato le branche saldate insieme con le loro estremità, come le pinzette da dissezione. Per eseguire l'asportazione tenni colla mano sinistra la pinzetta, ora ricordata, mentre colla destra passai un grosso laccio metallico al di fuori delle branche dell'istrumento che servivano di guida al laccio stesso e mi aiutavano pure per esercitare una moderata trazione sul neoplasma, alla base del quale più in alto e profondamente che mi fu possibile portai l'ansa. Tolsi allora il dilatore ed affidai la pinzetta che faceva presa sul neoplasma al dott. Luchi, mentre io, introducendo l'indice della mano sinistra nella cavità naso-faringea, cercai di spingere per questa via il laccio in alto ed il tumore in avanti, e nel medesimo tempo serrando gradatamente colla mano destra il filo metallico con il suo manico speciale, e facendo una moderata trazione sul medesimo, portai fuori dalla fossa nasale il polipo.

L'operazione fu seguita da moderata emorragia, che fu subito arrestata colla soluzione di cloridrato di adrenalina (1):

---

(1) L'azione emostatica della *adrenalina* nelle operazioni endonasali ed auricolari è così utile, efficace e pronta che credo interessante ripetere qui alcune notizie sopra questo prodotto farmaceutico di recente invenzione.

Verso la fine del secolo decorso si incominciò ad adoperare sotto varie forme la glandula suprarenale per combattere alcuni stati pa-

feci delle iniezioni tepide nella cavità nasale con soluzione sterilizzata di acido salicilico all'uno per mille e con questa medicatura uscì dalla narice una grandissima quantità di secrezione mucco-purulenta. Il malato si trovò subito meglio; respirava liberamente ed aveva la sensazione come di vuoto nella metà sinistra della faccia corrispondente internamente al mascellare superiore. Tamponai quindi la fossa nasale con cotone idrofilo.

Due giorni dopo rividi il sig. C. contentissimo dell' esito ottenuto essendo cessati i dolori faciali, la lacrimazione dell'occhio sinistro, lo scolo nasale ed ogni altro incomodo riferibile alla occlusione della narice. Colla solita soluzione di acido salicilico detersi la fossa nasale, asciugai con cotone idrofilo, e colla più diligente rinoscopia anteriore e posteriore non riuscii a vedere alcun altro polipo.

Il tumore appena estratto era di consistenza variabile in diversi punti, ma piuttosto flaccido; appariva non molto irrigato di sangue; di colorito roseo; alcune parti sembravano trasparenti; quasi per tutto levigato, ma con depressioni e ri-

---

tologici contro i quali si credeva utile aumentare il potere di contrazione del cuore, provocare la tonicità ed il ristringimento dei vasi sanguigni, ecc. Dopo si pensò che questa azione si esplicasse pure localmente applicando soluzioni glicериche di estratto di glandula suprarenale sulla superficie corneale, sulla muccosa nasale, faringea, ecc., per provocare la costrizione dei vasi sanguigni dilatati, diminuire la congestione, favorire in una parola l' ischemia. Le Case milanesi Erba e Zambelletti e forse altre, che io ignoro, fornirono presso di noi le prime preparazioni glіceriche di glandula suprarenale. Ma nell'anno decorso (1901) un chimico giapponese, il dott. Jokichi Takamine riuscì a perfezionare l'estratto (mi si permetta l'espressione forse non esattamente chimica) della glandula suprarenale che chiamò « *Adrenalina* ». Egli fa parte del personale scientifico della Casa Park, Davis e C. di Londra e combinando l'adrenalina con alcuni sali ha offerto alla pratica chirurgica un ottimo prodotto, il cloridrato di adrenalina, in soluzioni asettiche già preparate e titolate per potersi applicare con cotone idrofilo sulle muccose dove si eseguiscono operazioni. Nella asportazione delle tonsille, p. e., ma più di tutto nelle escisioni di muccosa nasale, o dopo la turbinotomia, atti operatori nei quali si ha sempre una emorragia sproporzionata alla entità della lesione chirurgica, colla soluzione di cloridrato di adrenalina ho potuto più volte io stesso ottenere l'emostasi in brevissimo tempo, come nella asportazione del voluminoso polipo del sig. C., ed in altri casi consimili operati in questi giorni.

lievi che ricordavano le irregolarità della fossa nasale. Verso la regione peduncolare era più colorito e si vedeva, in vicinanza della inserzione, il solco profondo sul quale aveva agito il laccio metallico. Il tumore, prima di immergerlo nel liquido di Pacini, pesava undici grammi. Fu levato dal liquido fissatore e messo in acqua corrente per circa 48 ore, dopo averlo ridotto in piccoli pezzi; quindi fu passato per la serie degli alcool e successivamente nel cloroformio per includerlo in paraffina. Tagliato col microtomo e con la tecnica richiesta, i preparati furono colorati in 2 maniere: alcune delle più sottili fettucce vennero trattate col carminio solfo-magnesiaco e carminio alluminoso; altri pezzetti con emoallume ed eosina. Furono quindi, dopo i convenienti passaggi, chiusi in balsamo.

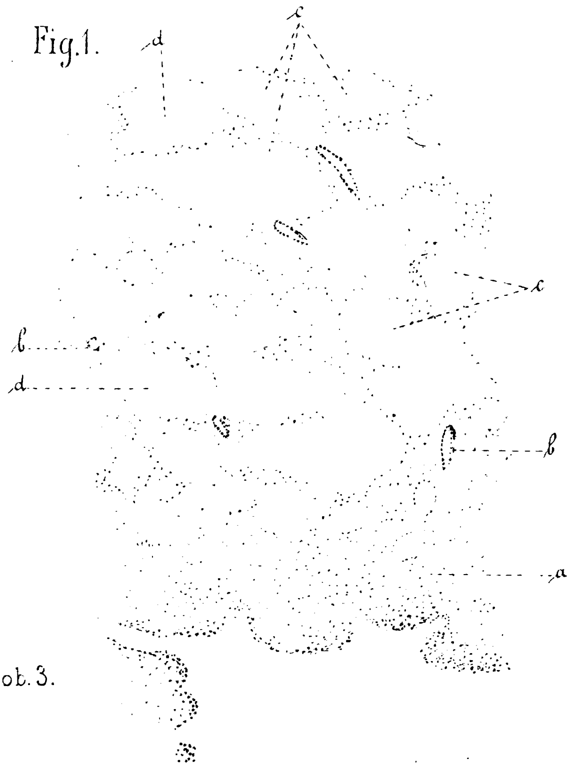
Nelle Fig[e]. I e II della tavola unita a questa nota si vede confermata dall'esame istologico la diagnosi della natura del neoplasma, la cui struttura assomiglia più a quella dei fibromi edematosi, secondo la opinione di Hopmann, che a quella degli adenomi, secondo Billroth, e tanto meno è paragonabile alla struttura del tessuto congiuntivo embrionario, come pensava Mackenzie. (1)

Il 4 marzo, u. d., pregai il paziente a tornare a farsi rivedere, desiderando completare la storia clinica. Lo trovai in ottimo stato, senza tracce di recidiva. La muccosa della fossa nasale sinistra era leggermente iperemica e la fossa nasale stessa molto più ampia di quella destra. Quest'ultima condizione era in gran parte dovuta alla piccolezza del turbinato medio, ed un tal fatto doveva attribuirsi alla compressione lungamente risentita dalla parete esterna di quella fossa nasale per la lunga permanenza del polipo, sebbene il Mackenzie (2), la cui opinione in questo argomento è tanto apprezzata, asserisca che dal contatto dei mixomi l'osso non risenta alcuna conseguenza, ma numerose osservazioni provano il contrario. La muccosa che ricopriva il turbinato medio; non presentava alcun segno di malattia e neppure l'osso sottostante. È inoltre da notare che l'inserzione del tumore non corrispondeva al turbinato medio; si può quindi assolutamente escludere che la causa del medesimo fosse da attribuirsi ad

(1) M. Natier — *Polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de quinze ans.* Paris; C. Doin, ed., 1891.

(2) Mackenzie — *Diseases of the throat and nose.* London, 1884, pag. 532.

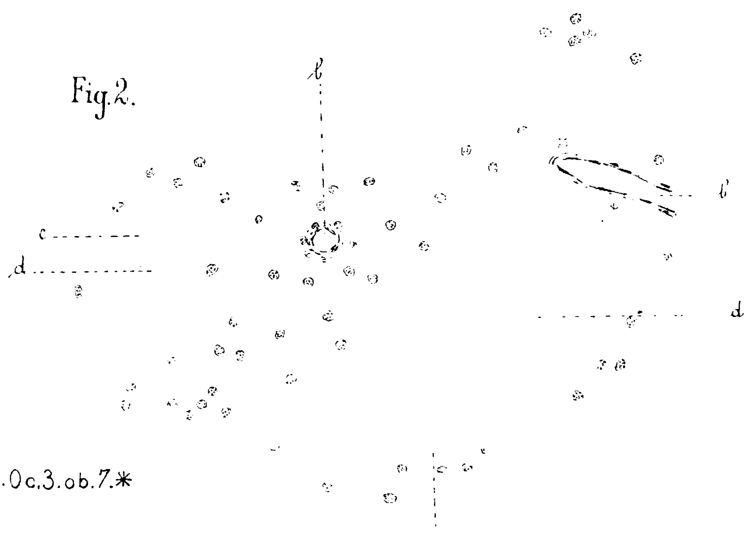
Fig. 1.



Koristka. Oc. 3. ob. 3.

Fig. I. a) Strato superficiale del tumore; b) Vasi sezionati trasversalmente e longitudinalmente; c) Trabecole del tumore ripiene di mucina; d) sostanza granulare rappresentante la mucina.

Fig. 2.



Koristka. Oc. 3. ob. 7.*

Fig. II. b) Vasi sezionati trasversalmente e longitudinalmente; c) Trabecole del tumore ripiene di mucina; d) sostanza granulare rappresentante la mucina.

una osteite rarefacente, la quale, se pure fosse esistita, non poteva essere altro che secondaria.

È pure facile supporre che il lento ma progressivo accrescersi del neoplasma, come già dissi, doveva avere esercitato una forte compressione sulle pareti della cavità nasale e questa era la causa dei dolori e degli altri sintomi morbosi che incitarono il sig. C. a ricorrere all'opera del chirurgo.

Si può in fine supporre che l'ampiezza della fossa nasale preesistesse allo sviluppo del tumore per naturale conformazione, come tale ampiezza è accennata nella parte opposta, e questa eccezionale larghezza delle cavità nasali costituisse la causa predisponente ai catarri cronici delle prime vie respiratorie, di cui soffrì il paziente quasi per tutta la vita. Questa doveva essere anche la causa della anosmia constatata nel sig. C. con il mio olfattometro e con quello di Zwaardemaker.

Concludendo quindi credo potere asserire: 1° ancora la etiologia dei mixomi nasali è lungi dall'essere ben determinata e solamente le infiammazioni croniche della muccosa esercitano una grande influenza nella genesi di questi neoplasmi; 2° l'osteite rarefacente, quando esiste, è più un effetto che una causa dei mixomi, il cui sviluppo può essere però reso più facile dà anormali disposizioni dello scheletro delle fosse nasali; 3° la origine infettiva o parassitaria dei mixomi (blastomiceti, protozoi della classe degli sporozoari, ecc.) è stata per ora poco studiata per potere essere utilmente discussa nella etiologia di questi neoplasmi (1).

CONTRIBUTO

allo studio dei corpi estranei nelle vie respiratorie

pel Dott. G. CORVINI.

Anche nel campo diagnostico-terapeutico riferibile ai corpi estranei la specialità Laringoiatrica si è in questi ultimi tempi molto avvantaggiata per gli incessanti progressi

(1) V. Bollettino delle mal. dell'orecchio, della gola e del naso; Tip. L. Niccolai; settembre, 1900, e febbraio, 1901.

delle scienze fisiche applicate alla medicina. — Basterebbe citare il caso narrato nello scorso febbraio dall'egregio specialista Dr. Garel che in una breve seduta, dopo aver diagnosticato mediante la radioscopia la presenza di un lungo chiodo nel bronco destro di un bambino, riuscì ad estrarlo con esito felice appressando semplicemente un forte elettro-magnete alla ferita tracheotomica.

E ancora in una più recente pubblicazione (*Quelques cas curieux de corps etrangers du Larynx*). Vedi (Annales des maladies de l'oreille, du larynx ecc., Tomo XXVII n. 8) — lo stesso Dr. Garel dopo aver descritto in qual modo estrasse dalla laringe per le vie naturali quattro curiosi corpi estranei, aggiunge che per due di essi l'operazione sarebbe stata affatto scevra di pericoli, se egli fosse stato provvisto della nuova pinza elettro-magnetica di Wetherla, costruita sul modello Barlett di Chicago.

Ma sgraziatamente, se la conoscenza dei moderni presidi diagnostici e terapeutici trova larga diffusione sui giornali della specialità, i libri di testo che corrono per le mani dei medici pratici dedicano a pena qualche pagina a questo scabroso argomento, così che il pratico che spesso è chiamato a prestar le prime cure rimane incerto e perplesso dinanzi alla opportunità dell'intervento, perdendo talvolta un tempo prezioso che compromette la vita del paziente.

Già fino dal 1884 l'egregio specialista Prof. Grazzi convinto della necessità di disciplinare l'intervento dell'arte a seconda delle circostanze, scriveva in forma epistolare un pregevole articolo intorno alla condotta che deve tenere il chirurgo nei casi di corpi estranei delle vie respiratorie.

Ed è collo stesso intento che io ora, essendomi nel decorso anno occupato estesamente dell'argomento, credo far cosa di pratica utilità riassumendo in pochi corollari nel breve spazio concessomi da questo periodico, le principali considerazioni che si possono desumere dal mio lavoro.

La natura dei corpi estranei che possono penetrare in laringe è così variabile che sarebbe cosa davvero troppo lunga il tentarne una enumerazione, la quale, d'altra parte, non potrebbe riuscire completa se non chiudendo il varco alla fantasia.

Alcuni hanno voluto dividerli in *Corpi Viventi* e *Corpi Inerti:* altri li hanno distinti, secondo la forma, in *Corpi lisci e arrotondati* e *Corpi irregolari e puntuti.*

Ad ogni modo dalla numerosa casistica da me raccolta risulta che con maggior frequenza si sono riscontrati i seguenti: « fagiuoli, noccioli, grani diversi, pietre, frammenti di cibi, pezzi di legno, monete, spilli, chiodi, denti naturali e finti, lombrichi, sanguisughe, pezzi di cartilagine, pezzi di tumori ».

Riguardo alle cause, se si prescinde da quelle *predisponenti* riferibili a certe condizioni patologiche (subcoscienza-alcolismo, lesioni della epiglottide, insensibilità della mucosa), le *determinanti* riflettono più propriamente il meccanismo di penetrazione che, sebbene non molto complesso, è diverso secondo le evenienze e cioè:

α Il più delle volte (1) si tratta di un fanciullo che giuocando aspira un fischietto, un seme, un corpo qualunque, che trascinato dalla colonna d'aria sorpassa rapidamente l'apertura glottidea dilatata e si arresta in laringe o cade nella sottostante trachea.

β Altre volte si tratta di un corpo estraneo che lanciato cade direttamente in laringe, come avviene in quello scherzo a molti famigliare per cui essendo la testa arrovesciata, l'asse laringeo è reso quasi verticale.

γ Abbastanza facilmente il corpo estraneo penetra in laringe durante l'atto della deglutizione bruscamente interrotta da un movimento inspiratorio prodotto da una sorpresa, da uno spavento, dal riso, dal pianto, o semplicemente può avvenire allorchè si parla trangugiando.

δ La fissazione di un corpo estraneo in laringe che provenga dal tratto inferiore è più rara (Morgagni descrisse un caso in cui vi pervenne un sequestro proveniente da un ascesso ossifluente dello sterno) e allora la causa del trasporto è la colonna d'aria espirata in un violento colpo di tosse.

ε Infine, in casi rarissimi, può il corpo estraneo pe-

(1) Sopra 102 casi raccolti da Aronssohn più di 50 sono compresi fra 1 e 10 anni.

netrare da una ferita esterna, o da una perforazione patologica, come fu osservato da Bégin per una moneta, che fermatasi nell'esofago, penetrò nella laringe ulcerandone la parete posteriore.

Ma in qualunque caso è sempre necessario distinguere la sintomatologia dei corpi estranei intralaringei da quella dei corpi presenti nel tratto sottostante. Le cause di questa differenza fenomenica sono riposte nella minore sensibilità della mucosa tracheo-bronchiale e nel fatto che anche riuscendo il corpo estraneo ad occludere completamente un bronco di piccolo calibro, la rimanente pervietà delle altre porzioni dell'albero respiratorio è sempre compatibile colla vita, onde i sintomi sono di solito meno imponenti. Infatti quando il corpo estraneo ha superato la laringe, l'individuo è colto bensì da soffocazione e da tosse violenta; può la dispnea esser tale da minacciare la morte appena dopo l'accidente; ma di solito dopo una durata variabile i fenomeni acuti si calmano, lasciando il posto ai così detti sintomi consecutivi. Obbiettivamente è facile diagnosticare se il corpo è fisso in un bronco o mobile in trachea, perchè la tosse si riprende ad accessi col cambiamento di posizione, perchè la voce si mantiene inalterata durante la calma, e perchè infine è possibile percepire colla ascoltazione sternale dei rumori valvolari o di sfregamento, già segnalati da Dupuytren, mentre il murmure vescicolare si sospende ora da un lato ora da un altro.

Ben diversa invece è sempre la scena fenomenica quando il corpo è in laringe. Se si escludono infatti quelli di grosso volume, per i quali il quadro sintomatico si riassume tutto in una pronta e letale asfissia, tutti gli altri sono tollerabili un tempo più o meno lungo colla vita e permettono lo studio dei dissesti funzionali e organici di cui sono la causa.

La *respirazione*, dispnoica, stridente o sibilante, è di solito la più compromessa: che se fatti curiosi sono stati registrati dalla scienza, essi rimangono come pure eccezioni, pari a quelle che si narrano a proposito di corpi stranieri soggiornati lungamente nello spessore, di organi vitali senza destare fatti allarmanti e perfino senza dar

segno di loro presenza. È vero che tutto lo spazio compreso fra il terzo anteriore delle corde vocali e la loro commissura, e dalla superfice di queste fino all'altezza dei legamenti ari-epiglottici si presta fortuitamente perchè, come certi neoplasmi, anche dei corpi estranei vi possono soggiornare senza che intervengano fenomeni dispnoici. Ma questi sono quasi sempre costanti e stanno in relazione non solo col volume e colla forma del corpo estraneo, ma anche col grado di reazione flogistica.

La *voce*, quasi sempre alterata, si fa rauca, spesso afona, e talora anche si estingue completamente.

La *deglutizione*, coinvolgendo ne' suoi movimenti la laringe, può essere appena difficile se il corpo estraneo è levigato, ma è sempre dolorosa se il corpo è scabro o puntuto.

La *tosse* secca, insistente, abbaiante o stridula, provocata e mantenuta da un senso di vellicamento e di angoscia, accompagna costantemente l'accidente, e può mancare solo quando esiste anestesia della mucosa. L'escreato, scarso in principio, può essere schiumoso o emorragico; in seguito può farsi abbondante, mucoso o purulento.

Infine il *dolore* vivo e lancinante, localizzato alla parte, fa sempre supporre la presenza di un corpo che lede in qualche modo i tessuti.

Dalla descrizione particolare dei sintomi parrebbe che la diagnosi di un corpo estraneo in laringe dovesse riuscire abbastanza facile: ma se così è veramente nei casi in cui ci soccorre l'anamnesi ed è possibile l'esame laringoscopico, in altre circostanze, e queste sono le più frequenti, la diagnosi si fa delle più difficili. Essa infatti per esser completa deve rispondere a questo triplice quesito:

1.° Esiste veramente un corpo estraneo nelle vie aeree?

2.° Dove si è arrestato?

3.° Quale è la sua natura, la sua forma, il suo volume?

Nel rispondere al 1.° quesito possiamo incontrare una prima difficoltà nella mancanza della anamnesi, cosa non rara quando l'accidente avviene ai fanciulli, agli ubbriachi,

ai vecchi rimbambiti, e agli alienati che si rendono poco conto delle loro sensazioni. Allora se la anamnesi non menziona la penetrazione di un corpo estraneo, il medico pensa più volentieri a un processo morboso qualunque capace di dare sintomi analoghi (laringite stridula, edema, spasmo della glottide, presenza di un polipo ecc.).

Ma lo studio accurato dei fenomeni circa la loro brusca insorgenza e il modo di decorrere, permetterà in ogni caso di sospettare la presenza di un corpo estraneo: supposizione che si cambia in certezza se l'individuo non aveva prima alcun disturbo. Un altro caso del quale bisogna tenere considerazione è il seguente: l'anamnesi denunzia che mentre un corpo estraneo era tenuto in bocca scomparve perchè ingoiato: capitò esso nell'esofago, od è passato in laringe?

La risposta è ovvia quando, pure sapendosi che anche i corpi estranei dell'esofago possono determinare dispnea e soffocazione, il sondaggio ha dimostrato la pervietà di questo canale.

La diagnosi invece diventa difficile quando, essendo muta l'anamnesi, l'ammalato ci si presenta dopo un certo tempo dalla avvenuta penetrazione.

Così accadde di osservare bronchiti, pleuriti, pneumoniti e mediastiniti credute indipendenti, ma poi rivelatesi consecutive alla presenza di un corpo estraneo.

Per rispondere al 2° quesito si terrà calcolo che l'intermittenza degli accessi dispnoici, i rumori valvolari, il dolore localizzato alla parte alta del torace, la soppressione unilaterale del mormore vescicolare con conservazione della sonorità plessica, depongono per la presenza di un corpo nella trachea o ne' bronchi. Che invece la dispnea inspiratoria ed espiratoria accompagnata da stridore caratteristico, le alterazioni vocali, la disfagia e il dolore localizzato alla laringe indicano un corpo estraneo intralaringeo.

Per rispondere al 3° quesito, nei casi in cui l'interrogatorio è negativo, bisogna ricorrere all'esame laringoscopico, la cui importanza appare evidente se si pensa che l'estrazione strumentale del corpo alcune volte è appena possibile, e in ogni caso resa più agevole o meno disastrosa

quando il chirurgo si è fatto una giusta immagine della sede precisa del corpo e del modo onde è rimasto incuneato. Disgraziatamente, sia per la tenerà età del paziente, sia per le gravi condizioni dispnoiche, o per altre circostanze ciò non è sempre possibile, o almeno l'esame diretto riesce affatto incompleto. Il pratico allora non deve insistere e anzichè perder tempo, farà cosa buona inviando l'ammalato dallo specialista che potrà esperire, spesso con preziosi risultati, la radiografia o la criptoscopia.

La necessità di non perdere assolutamente del tempo appare evidente se si pensa che l'individuo, superati i primi accessi di soffocazione che possono spingersi fino alla asfissia, è secondariamente esposto ai pericoli delle alterazioni locali o complicanze polmonari che aggravano la prognosi in ragione della durata del corpo estraneo nelle vie aeree, specialmente se rigonfiabile o accuminato.

***

Cura. Dopo quanto si è detto, se si prescinde dalle numerose risorse riserbate agli specialisti, e lasciando da parte tutte le discussioni che si sono fatte a proposito di certe modalità dell' intervento chirurgico (faringotomia subjoidea di Lefferts), (tirotomia di Labbé), (laringotomia inter. cricotiroidea di Soli Cohen) si può riassumere brevemente in questi termini la condotta che deve tenere il chirurgo davanti a un caso di penetrazione d'un corpo estraneo nelle vie aeree.

« L'uso dei mezzi destinati a provocare la tosse, lo starnuto e il vomito, la posizione a testa bassa, la percussione sul torace sono cure oggidì ormai abbandonate ». Garel anzi aggiunge, citando Schaeffer, che « les vomitifs au début de l'accident sont toujours dangereux, car les inspirations profondes qui accompagneut les vomissements, favorisent la pénétration du corps étrangers dans la trachée ». Con tali mezzi insomma raramente si ottiene qualche risultato e si espone invece l'ammalato ai pericoli dello spasmo glottideo per l'urto del corpo estraneo contro le corde vocali. Quindi sono appena consigliabili nel caso in cui si

sia fatta la tracheotomia o almeno quando è pronta ogni cosa per eseguirla.

Lo scopo invece cui deve mirare il chirurgo è la estrazione del corpo estraneo dalle vie naturali o attraverso una via artificialmente aperta.

A questo proposito risulta dalla statistica di Weist che senza operazione la mortalità è di 1 su 3, mentre dopo l'operazione è di 1 su 4; cifre che dimostrano come l'operazione non solo non aggrava la prognosi, ma anzi la migliora notevolmente; quindi si capisce come Gross, Erichen e Durham siano giunti alla conclusione che data la presenza di un corpo estraneo nelle vie aeree è necessario l'intervento chirurgico.

Opinione invero esagerata (1) e troppo assoluta, perchè anche in questo argomento non si deve dimenticare la clinica la quale suggerisce un diverso comportamento a seconda dei casi, e cioè:

1.° Se il corpo estraneo è situato in laringe si dovrà sempre e in primo luogo tentarne la estrazione per le vie naturali senza fare la Tracheotomia.

Per i corpi di certo volume fermatisi nel vestibolo laringeo basterà una pinza di qualunque modello usata o no sulla guida dello specchietto.

Per quelli incagliati più in basso o di esigue dimensioni è consigliabile l'uso di pinze appropriate atte ad assicurarne la presa, e assolutamente necessaria la guida dello specchietto per garantirsi della possibile caduta del corpo estraneo in trachea.

Generalmente per rendere più agevoli le manovre si dice di far precedere la anestesia locale mediante forte soluzione di cocaina. Ma tale pratica è invece sconsigliabile ed è meglio attenersi alle soluzioni leggere, perchè, come giustamente osservò Muore, se l'operatore non afferra convenientemente il corpo, e si limita a spostarlo, in seguito alla abolizione dei riflessi, questo può cadere più

(1) Anche Garel (loc. cit.) scrive: « Il n'y a pas de regle précise pour fixer le mode d'intervention dans les cas des corps étrangers dans les voies aériennes ».

facilmente in trachea, aggravando la situazione. Allorchè si tratta di corpi friabili, come gusci, schegge ecc., resistenti alle trazioni, si potrà prima sminuzzarli, poi, se non vengono espulsi colla tosse, asportarli pezzo per pezzo.

L'estrazione per le vie naturali non è invece indicata nè conveniente per i corpi di forma irregolare o sconosciuta impigliati nella mucosa sottoglottidea. In tali casi infatti non si ha mai la certezza di non ledere nelle manovre le corde vocali; e dovendosi allora estrarre il corpo dal basso, attraverso una via artificiale, sembrerebbe ragionevole *a priori* di aprire questa via in tutta vicinanza del corpo mediante la *tirotomia.* Ma anche lasciando da parte la maggiore gravità di questa operazione, l'esperienza clinica dimostra di dover sempre dare la preferenza alla *tracheotomia,* giacchè troppe volte (Labbé) si è poi dovuto praticarla per forza in secondo tempo, onde scongiurare gli accidenti prodotti da sole poche gocce di sangue cadute in trachea.

2.° Allorquando si ha motivo di ritenere che si tratta di un corpo mobile nella trachea o nei bronchi, l' unica via di scampo è ancora la Tracheotomia ; e bisogna decidervisi tanto più prontamente quanto più numerosi sono gli accessi di soffocazione: giacchè questo corpo mobile può finire di fissarsi in laringe o di intasarsi in un bronco, mentre il suo soggiorno prolungato non fa che aumentare le difficoltà della sua espulsione, o preparare quelle lesioni che daranno poi la morte del paziente.

In un gran numero di casi (Burdillat registra 28 espulsioni sopra 40 tracheotomie, Durham 91 sopra 167) il corpo, in un accesso di tosse, viene espulso con violenza attraverso la ferita tracheale. Perciò si consiglia di mantenere divaricati per qualche tempo i margini della incisione, e si comprende, come le esperienze di Favier lo hanno ben dimostrato, che questa apertura a dimensioni ampie e fisse, incapace di chiudersi spasmodicamente come fa la glottide quando il corpo vi urta ad ogni ascensione, è la via di uscita la più conveniente.

Altre volte il corpo viene solamente spinto in corri-

spondenza della incisione; e allora si penserà ad afferrarlo rapidamente prima che venga ricondotto in basso dal successivo movimento di inspirazione.

Se il corpo non compare, dopo aver collocato il paziente colla testa in basso, si cercherà di renderlo mobile colla percussione e succussione toracica, vellicando a intervalli la mucosa tracheale onde provocare degli accessi di tosse.

Infine se neanche con queste manovre si riesce a spostare il corpo, è segno che esso è *ancorato* nella mucosa; e allora se il chirurgo è provvisto di una pinza *ad hoc* potrà procedere direttamente alla sua ricerca, scendendo colla pinza delicatamente in trachea ed esplorandone ogni punto, finchè l'impressione del contatto lo avverta di essere arrivato in presenza del corpo.

Questi tentativi però non dovranno essere troppo prolungati e piuttosto che insistere sarà meglio applicare una cannula e inviare l'ammalato dallo specialista, cui non riescirà difficile la diagnosi di sede mediante la Radiografia o la tracheoscopia inferiore.

***

Riepilogando insomma ecco le principali evenienze in cui il pratico può essere chiamato a prestar l'opera sua. La situazione per lui meno imbarazzante gli è certamente quella di trovarsi davanti a un individuo in cui, dopo l'accesso o gli accessi di soffocazione, è sopravvenuta una calma che lascia agio ad una diagnosi e a un intervento ragionato; in questo caso infatti, poichè le circostanze lo permettono, se egli non ritiene opportuno di ricorrere al suo limitato strumentario, può senza pericolo, inviare l'ammalato dallo specialista.

Ma il più delle volte gli si presenta un individuo dispnoico, cianotico, soffocante; e la tracheotomia allora si impone senza indugio come misura di urgenza e di salvezza. L'asfissia imminente non lascia in generale nè posto nè tempo alle esplorazioni precise e alle esitanze terapeutiche; bisogna da prima far respirare l'ammalato; si baderà

in seguito alla diagnosi esatta dello ostacolo, alla sua sede, alla sua estrazione.

Così, ad esempio, per quei corpi di un certo volume che occludendo in parte la rima glottidea minacciano una pronta soffocazione, si dice teoricamente di tentarne in primo luogo la estrazione per le vie naturali; praticamente invece gran ventura sarà se il medico arriva abbastanza in tempo per fare una tracheotomia in *gran fretta* e dare dell'aria all'asfissiando. E in simili circostanze il dovere del medico è di ingegnarsi e di accontentarsi dei mezzi di cui può disporre, seguendo in ciò l'esempio di Witcombe[1] che fece con buon esito la tracheotomia con un temperino ordinario, e in mancanza di cannula mantenne divaricate le labbra della incisione con due spilli piegati ad uncino.

Fatta la tracheotomia, gli accidenti asfittici si calmano ad un tratto se il corpo è situato al di sopra. Che supporre e che fare se l' asfissia persiste e progredisce? Si penserà che l'ostacolo è in basso; quindi si manterrà spalancata l'apertura tracheale, attendendo che una espettorazione violenta possa espellere il corpo attraverso alla ferita.

L'espulsione, come si disse, non si fa ordinariamente attendere; ma se essa non avviene, cosa fortunatamente eccezionale, la situazione per il medico pratico diventa molto grave. E poichè é possibile che la soppressione brusca di tutto un campo di ematosi uccida per asfissia come fanno le grandi apoplessie polmonari, così aggravandosi i fenomeni, egli non farà altro che con ostinazione la respirazione artificiale, per evitarsi il triste spettacolo di lasciar morire l'ammalato senza soccorsi.

Supposto infine che, fatta la tracheotomia, siano del tutto cessati i fenomeni asfittici e il pratico abbia invano tentato di estrarre il corpo intralaringeo dalla ferita tracheotomica, non gli resta che applicare una cannula per inviare l'ammalato dallo specialista.

A questo proposito però la scelta della cannula non è indifferente; ed è ovvio che la migliore sarebbe quella di Treudelemburg, potendo essa col suo rigonfiamento im-

pedire la penetrazione in trachea dei materiali settici portati in laringe dal corpo estraneo, o che verranno quivi a formarsi per l'eventuale insorgere di un focolaio suppurativo.

Ma se è ozioso parlare di scelta perchè la comune e unica cannula di cui di solito è fornito il pratico é quella di Luer in caoutchou o in metallo, non è senza importanza il consiglio di collocare sempre al di sopra della cannula un tampone conveniente di garza all'iodoformio o di cotone fenico, potendo così, in molti casi, nella attesa, scongiurare le due più frequenti cause di morte *ab ingestis*, vale a dire la pneumonite e la gangrena polmonare.

RASSEGNE

1. **Effetti della occlusione nasale sulla pressione sanguigna**; per il dott. Silvio Genta. — Da un riassunto dell'A. rileviamo che esso per stabilire una nuova dimostrazione della esistenza di una cachessia adenoidea, della quale già parlarono il prof. Masini e l' A. in una precedente memoria, ha voluto studiare l' influenza della occlusione nasale sulla pressione sanguigna. Le esperienze furono eseguite sui conigli, animali che erano stati già utilizzati per le ricerche fatte sugli effetti della occlusione nasale sulla respirazione.

L'A. osserva che la chiusura di una narice determina una elevazione brusca e disordinata della pressione che non ritorna allo stato normale altro che dopo una mezz'ora. Se si chiude l'altra narice la pressione si rialza di 60, 70 ed anche 90 mm. provocando movimenti disordinati che si calmano lentamente per riprendere lo andamento normale.

Il dott. Genta crede che il ristabilimento della pressione normale sia dovuto con probabilità nei conigli (di cui alcuni erano stati sottoposti alla chiusura delle narici da otto giorni) alla nuova abitudine di respirare dalla bocca. Questi animali avendo imparato a respirare con la bocca ed avendo fatto agire tutte le azioni tendenti a riordinare la pressione arteriosa, si erano adattati alla chiusura della via naturale della respirazione, che era stata causa quando fu soppressa di tutti i disordini respiratori e circolatori osservati, ottenendo dalla nuova via per la introduzione dell'aria tutti gli effetti utili e necessari alla regolare ossigenazione del sangue ed alla conseguente, normale funzione di tutti i tessuti.

Non hanno quindi fondamento le ipotesi che sopra a questo disquilibrio, potrebbero essere fondate per spiegare le alterazioni della crasi sanguigna e la sindrome fenomenologica che si osserva nella iperplasia della tonsilla faringea. (*Annali di Laringologia e Otologia*: anno III, n. 1, 1902).

2. **Le vegetazioni adenoidee del cavo naso-faringeo come causa di enuresi**; pel dott. J. F. Fisher. — L'A. riportandosi a 716 casi di vegetazioni adenoidi operate, nota che in 106 casi (15,01 %) vi era enuresi quando ci si accinse al raschiamento. Di questi malati ne furono operati 71, e vide che in 45 l'incontinenza cessò, in 23 dimi-

nui ed in 5 restò invariata. La proporzione di bambini affetti da incontinenza si mostrò maggiore nei frequentatori dello spedale che non nella pratica privata e l'A. attribuisce ciò alla maggior miseria fisiologica di tali pazienti.

L'A. ritiene che tale enuresi dipenda dalla difficoltà di respiro che i bambini provano durante il sonno e dagli incubi che ne seguono; sapendosi come le emozioni influiscano sulla secrezione renale e sulla minzione. I casi di persistente enuresi confermano la supposizione, infatti di cinque, tre erano idioti, ma gli altri due avevano una rinite atrofica e perciò il raschiamento delle vegetazioni non bastò a liberare le vie del respiro. D'altra parte 4 malati ebbero una recidiva dell'enuresi contemporaneamente al riformarsi delle vegetazioni edenoidi: l'operazione fece risparire il disturbo.

Vi fu un malato il quale presentò l'enuresi dopo operato, quando il furgore post-operatorio della mucosa tornò ad ostacolare il respiro, ed in generale, eccetto 2 casi, l'enuresi si riscontrava sempre in malati con vegetazioni assai voluminose. (*Dalla Semaine médicale*, 1902, n. 6).

LIGORIO (Firenze).

NOTIZIE VARIE

Nomine. — Il prof. A. Politzer, di Vienna, fu nominato Consigliere Aulico.

Al prof. G. Ferreri fu affidato l'*Incarico* dell'insegnamento della oto-rino-laringologia della R. Università di Roma in sostituzione del compianto collega prof. E. De-Rossi.

Il dott. Goris di Bruxelles è stato nominato socio corrispondente della Reale Accademia di Medicina del Belgio ed il dott. Schiffers, che era professore straordinario di oto-rino-laringologia a Liegi è promosso *ordinario*.

Associazione laringologica americana. — La XXIV riunione annuale si terrà quest'anno in Boston dal 26 al 28 maggio inclusive nella *Medical Library*, n. 8, Building.

La Direzione sente il dovere di ringraziare i seguenti Autori che si degnarono inviarle in dono le loro pubblicazioni:

Gerber dott. P. H. — *Atlas der Krankeiten der Nase ihrer Nebenhölen und des Nasenrachen Raumes;* (Verlang von S. Rarger 15, Carlstrasse; Berlin 1902).

Gradenigo prof. G. — *Ueber die Erfolge der zu akustischen Zwecken unternommenen chirurgischen Eingriffe in der Trommelhöhle;* (Arch. f. Ohrenheilkunde 1901).

Guarnaccia dott. Ernesto. — *Di una rara complicazione auriculare della parotite epidermica;* (Estratto dalla *Rassegna Inter. di Medicina Interna;* Anno III, n. 1 e 2, 1901; Napoli).

Hahn dott. R. — *Un cas d'ulcération epithéliomateuse très etendue de la face avec destruction du nez;* (Masson et Cie éditeurs, 120, Boulevard St. Germain, Paris).

Hennebert dott. C. — *Abcès extra-dural. Pyémie otitique avec ou sans thrombo-phlébite de sinus de la dure-mère et de la jugulaire interne;* (Imprimerie Charle Vande Weghe, 12, place de la Vieille, Halle aux, Blés, Bruxelles 1899).

Kiesow dott. F. e Hahn dott. R. — *Sulla sensibilità gustativa di alcune parti della retrobocca e dell'epiglottide;* (Stamp. dell'Unione Editrice Torinese, 32, via Carlo Alberto; Torino 1901).

Idem. — *Osservazioni intorno alla sensibilità di alcune parti della retrobocca e alla sensibilità di esse per il solletico* (Stamp. dell'Unione Tip. Editrice; Torino 1901).
Idem. — *Beobachtungen ueber die Empfindlichkeit der hinteren Theile des Mundraumes f. Tast. Schmerz, Temperatur und Geschmaksreize;* (Verlag von Johann Ambrosius Barth; Leipzig).
Lermoyez dott. M. et Mahu dott. G. — *Nouvelle méthode de traitement des affections du nez par les applications d'air chaud;* (Masson et C[ie] Editeur, 120, Boulevard Saint Germain; Paris).
Idem. — *Nouvelles recherches concernant l'action de l'air chaud sur les muqueuses aériennes superieures;* (Masson et C[ie] Editeurs, 120, Boulevard Saint Germain; Paris 1901).
Idem. *Un procedé simple de fermeture de l'orifice retro auricolaire persistant après guérison de l'évidement petro-mastoiden;* (Masson e C[ie] Editeurs, 120 Boulevard Saint Germain; Paris). (*Continua*).

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1902 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza, 44.

Anno XX. Firenze, Giugno 1902. N. 6.

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Una sintetica casuistica d'Otochirurgia e Rinochirurgia con relative considerazioni di patologia e terapia

per il Prof. **VINCENZO COZZOLINO**

Direttore della Clinica ufficiale Otorinojatrica

e Docente di Laringojatria nella R. Università di Napoli.

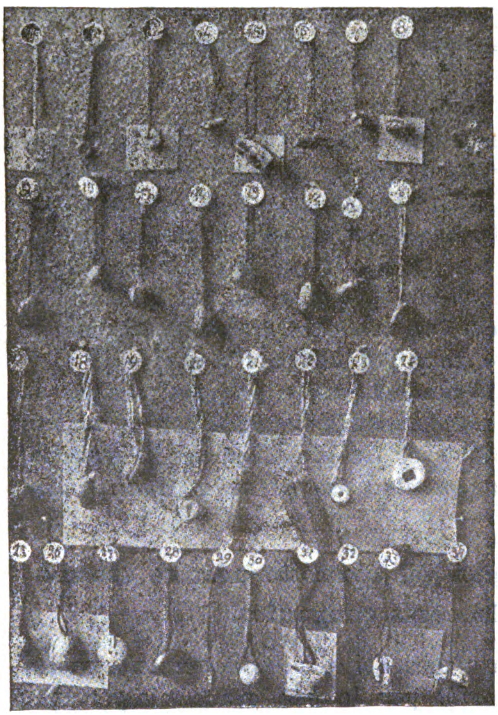
Questa sintetica casuistica d'Otochirurgia e Rinochirurgia, avvalorata con figure, di cui mi limito a ricordare solo alcune note generali clinico-sintomatiche e clinico-operative dei singoli casi, o meglio di gruppi di essi, varrà sempre più a diffondere nella comune pratica il già sentito bisogno della coltura *semiotica oto-rino-laringologica*, sia per l'esatta diagnosi e sia per procedere con coscienza e con precisione di tecnica in qualsiasi atto operativo nelle cavità auricolari e respiratorie superiori, atto che deve essere praticato sempre *de visu*, come Heisterio raccomandava in generale; nè mai fu detto così a proposito come per i corpi estranei nell' orecchio il suo motto: *Chirurgus mente prius et oculo agat, quam manu armata.*

Corpi estranei estratti dal condotto uditivo esterno e dalla cassa timpanica.

Comincio con la casuistica dei *corpi estranei nelle cavità auricolari esterne e medie* per la sua grande importanza patologica e clinico-operativa, potendo essi costituire un reale

pericolo per la vita del bambino, se l'estrazione non è fatta razionalmente. La statistica di tale mortalità non è punto indifferente, tanto che in alcune nazioni ha perfino preoccupato le autorità giudiziarie; e sommi chirurgi hanno scritto dei gravi moniti, ad esempio quello di Duplay: « Non saprei mai abbastanza richiamare l'attenzione dei giovani chirurgi per la prudenza di cui debbono armarsi nei tentativi d'estrazione dei corpi estranei dall'orecchio. È molto doloroso il dire, che *in molti casi, l'intervento chirurgico è stato più nocivo al malato che la presenza istessa dei corpi estranei* », e quello di Schwartze: « ogni anno un buon numero di bambini sono *medicalmente uccisi nel Mondo.* Solo in apparenza sono rari tali fatti perchè più che pubblicarli si nascondono ».

In generale si dovrebbe aver presente che i corpi estranei, che i bambini s'introducono da sè stessi o fra di loro nel condotto o nei condotti uditivi, non presentano mai alcuna indicazione *d'urgenza*, per cui si ha tutto il tempo di affidarne l'estrazione a chi è padrone della tecnica otojatrica;



N. 1 Strassa, falso brillante
» 2 Pallina di lapis
» 3 Pallina di corallo
» 4 Pezzetto di corallo
» 5 Pezzetto di legno
» 6 Pezzetto di canna
» 7 Pezzetto di caoutchouc
» 8 Seme d'orzo
» 9 Seme di carrubba
» 10 Pallina di ferro
» 11 12 13 14 15 17 Semi di carrubba
» 16 Barba di spiga
» 18 Seme d'arancio
» 19 Seme di limone
» 20 Pallina di carta
» 21 Pezzetto di legno
» 22 Pezzetto di carta
» 23 Corallino
» 24 Bottone di scarpa
» 25 Mollica di pane
» 26 Seme di ciliegia
» 27 Bottone di camicia, 28 id.
» 29 Seme
» 30 Pallina di vetro
» 31 32 Pezzetti d'osso
» 33 Pallina di carta
» 34 Pietruzza.

invece per nessuna lesione delle cavità auricolari, compreso le stesse infezioni piogene croniche, si è così solleciti a portare un qualsiasi intervento, quanto nei casi di corpi estranei; ed è raro che questo *eccesso di zelo*, come mi ha largamente dimostrato la mia lunga pratica, non faccia deplorare conseguenze molto maggiori del male!

Anzitutto bisogna assicurarsi, mercè l'otoscopia, se realmente il corpo estraneo esiste o pur no nel condotto, e proprio in quello indicato dal bambino.

Io potrei riferire varî casi di bambini già tormentati senza corpo estraneo nel condotto in cui furono prodotte lesioni traumatiche e settiche, mentre esso trovavasi nel condotto opposto, o non vi era in nessuno dei due. Non ripeterò qui quanto continuamente dico alla Scuola ed è scritto nelle due Lezioni cliniche pubblicate nel 1896 (1), circa i mezzi ai quali il curante deve assolutamente limitarsi per non recar danni, anche quando avesse qualche modesta conoscenza della tecnica otochirurgica.

Lo stesso otologo non ricorre che in rari casi all'istrumentario per l'estrazione dei corpi estranei dal condotto, ma sempre guidato dall'otoscopia, per non raggiungere l'effetto contrario, cioè che il corpo estraneo venga spinto ancora più dentro, dalla porzione cartilaginea all'ossea del condotto, per cadere nel seno pretimpanico, o peggio ancora, come succede per manovre cieche, sfondando la membrana timpanica, sul pavimento della cassa, che è ad un livello più basso del margine dell'anello timpanico, difficoltà non sempre facile a superarsi nell'atto dell'estrazione.

E volendo riaffermare, se pure è il caso, quanto gli Otologi da tempo lontano raccomandano, preferisco riportare le precise parole del notissimo scrittore e clinico chirurgo dell'Università di Parigi, prof. Simon Duplay, cui si deve il primo impulso allo sviluppo dell'Otologia in Francia, in questi ultimi sei lustri:

« È da riprovarsi che i tentativi d'estrazione si facciano, in generale, senza prendere l'indispensabile precauzione di scoprire prima il corpo estraneo mercè lo specolo e l'illuminazione del condotto. Bisogna anche proscrivere l'uso d'istrumenti grossolani come i cucchiaini o le pinze, che s'introducono alla cieca e che d'ordinario non danno per risultato che

(1) *Rivista di Terapia e d'Igiene.* Piacenza, 1896.

di spingere più profondamente il corpo che si vuole estrarre, finanche nella cassa dopo la lacerazione della membrana timpanica ». *Traitè de chirurgie*. Tomo IV, pagina 609. Parigi 1891.

D'ordinario è nelle suddette condizioni, le *sole che richiedano l'urgenza* degli atti chirurgici, che il bambino è condotto dall'otologo; e su circa trecento casi finora osservati appena una ventina di bambini mi furono condotti senza che si fossero già fatti irrazionali e settici traumatismi per estrazione, spesse volte dagli stessi parenti o da flebotomi, farmacisti, ecc.

Non ricorderò qui i tre casi in cui si era già svolta una leptomeningite piogena per i traumatismi nel fondo della cassa (da differenziarsi dai possibili meningismi riflessi da corpo estraneo che irrita le estremità dei nervi sensitivi del condotto 5° e 10°), nè quelli seguiti da grave otorragia, nè quelli da estesa necrosi della zona ossea del condotto, o della parete interna della cassa, con tutte le conseguenze sull'audizione e sulla statica; ma uno dei casi, i più frequenti ad osservarsi, sono quelli con flemmone profondo dell'ostio del condotto più o meno diffuso alla regione temporale, mastoidea, parietale, ecc.; come in gran parte presentava la bambina A. B. da Castelgrande, Basilicata (che si era introdotto due semi di carrubba nel condotto uditivo sinistro) e mi fu condotta solo dopo dieci giorni di torture inflittele al paese per i quotidiani tentativi d'estrazione, e dopo altre tre ore di press' a poco simili ciechi tentativi fatti in uno spedale di Napoli. S'aggiunga che tutti questi tentativi d'estrazione erano stati praticati senza cloroformizzazione; mentre è questa una condizione *sine qua non* per una felice estrazione, oltre all'evitare sofferenze inutili, quando le *semplici irrigazioni tiepide forzate*, raccomandate fin da Aurelio Celso, l'Ippocrate romano, non riescono efficaci e bisogna assolutamente passare all' istrumentario.

Alle semplici irrigazioni tiepide forzate, che per ben praticarle si richiede abbastanza tecnica, si fa succedere l'uso dell'adatto istrumentario guidato dall'otoscopia, e se il corpo estraneo è nel fondo del condotto e vieppiù nella cassa, e per la sua forma e natura sfugge alle pinze, alle anse, alle palettine ecc., allora dobbiamo ricordarci, s' intende con le dovute garanzie dell'asepsi ed antisepsi, di quanto faceva Paolo d'Egina nel VII secolo e descrisse nel suo Trattato *De re medica*, metodo che Troeltsch perfezionò; cioè praticare

il *temporaneo distacco parziale del padiglione* nei suoi 2|3, lungo il solco retroauricolare o discosto di qualche millimetro, o meglio quello che oggi va sotto il nome di Stacke, che al distacco del padiglione associa quello della porzione cartilaginea del condotto da quella ossea, per rendere più vicino e quindi più accessibile il fondo del condotto e la cavità timpanica, onde estrarre sicuramente il corpo estraneo spintovi. Così ho dovuto praticare nel caso rispondente al n. 10 della fig. 1, in cui dovetti abbattere anche porzione del margine inferiore del condotto corrispondente all'anello timpanico, per estrarre la pallina di ferro dalla cassa; mentre in quello n. 24 dovetti abbattere porzione della parete posteriore del condotto, perchè il bottone di scarpa si era incuneato, appunto per le cieche manovre, nelle cellule limitrofe dell'antro mastoideo. Nei casi n. 23 e 28 bastò il solo distacco alla Stacke per estrarre i corpi estranei dalla cassa timpanica.

Oggidì che l'otologo invade e fonde in una, a scopo chirurgico, le cavità auricolari esterna e media, per l'*ubi pus ibi evacua*, è eliminata ogni impossibilità d'estrazione di corpi estranei fattivi pervenire per cieche ed irrazionali manovre; mentre i corpi estranei appena introdotti nel condotto, quasi sempre soggiornano nella porzione esterna o cartilaginea di questo. Se sono imputrescibili e di volume al disotto del calibro delle due sezioni del condotto talvolta vi possono restare innocuamente per anni ed anni; difatti accidentalmente si scoprono all'otoscopia praticata per varie sofferenze. Tutti gli atti operativi razionali d'urgenza mentre rappresentano un'indicazione vitale non nuocciono punto la funzione uditiva, e col rigorismo tecnico moderno guariscono per prima intenzione, quando non vi sia in precedenza un flemmone o suoi esiti per i suddetti maltrattamenti settici dei tessuti; quindi non è neppure il caso di discutere oggidì le osservazioni in contrario che Malgaigne fece al metodo di Paolo d'Egina, molto facile sopratutto nei bambini, perchè il temporale è ancora in evoluzione specialmente pel completamento del condotto uditivo osseo.

Epiteliomi del padiglione.

Faccio seguire tre casi di *epitelioma del padiglione*: l'uno fu osservato in una vecchia di 80 anni (fig. 2), *forma scirrotica*, in cui non occorse alcun atto operativo.

Il secondo era in persona di un marinaio di Torre del



Fig. 2.

Greco di anni 67 (fig. 3). L'epitelioma si iniziò con la solita *verruca da acne cancroide*, che passò alla fase *neoplastica*



Fig. 3.

ulcerativa. Feci dapprima la semi-asportazione del padiglione,

ma dopo sei mesi, esistendo l'infezione della pleiade glandolare retromastoidea e cervicale superiore, asportai il resto del padiglione facendo seguire la generosa applicazione del termocauterio.

Il paziente morì dopo parecchi mesi per tossinfezione generale *sui generis*, detta in pratica, *cachessia cancerigna.*

Il terzo caso riguardava un uomo sui 63 anni, cameriere, di Napoli, il quale presentava l'epitelioma su quasi tutta la faccia anteriore del padiglione nel periodo ulcerativo grave, direi quasi fagedenico (fig. 4).



Fig. 4.

Procedetti all'escissione completa del padiglione asportando anche l'inizio del condotto cartilagineo, raschiando e bruciando col fuoco le zone delle pleiadi glandolari cervicali anteriori e posteriori. La riparazione cicatriziale si ebbe in modo asettico e mercè una plastica della pelle collaterale si arrivò a far simulare un poco di contorno di padiglione.

Sono già trascorsi circa tre anni da tale operazione ra-

dicale e non vi è alcun accenno a riproduzione della neoplasia epiteliale, che nel padiglione ha origine quasi sempre da un adenoma sebaceo o adeno-epitelioma, quindi s'inizia ordinariamente dalla sua faccia concava o anteriore.

Mi sono limitato ai casi occorsimi in questi ultimi anni nella clinica ospitaliera, tralasciando quelli osservati e operati in clinica privata nei vari stadî, di verruca non infettiva, e ulcerativo infettivo puramente locale.

Sono convinto che in questi stadî si dovrebbe procedere sempre *all'asportazione totale, radicale del padiglione e di porzione del condotto cartilagineo con le glandole linfatiche mastoidee, anti-auricolari, ecc.*, anche se questi organi di ri-



Fig. 5.

stagno delle infezioni sembrassero ancora integri, appunto per evitare una ricomparsa di tali neoplasie tanto più che questi epiteliomi, come quelli della cute del naso, hanno mi-

nore tendenza degli altri ad estendersi e infettare l'organismo, per cui l'azione radicale chirurgica ha una maggiore possibilità di arrestare o rallentare il decorso infausto del processo; ma essa è proscritta quando l'epiteliona è già al 3° stadio, ulcerativo con infezione collaterale molto diffusa alla faccia, collo, ecc. e tanto più nel 4° stadio di cachessia cancerigna.

Però anche nel primo stadio, nel periodo in cui non vi è assolutamente infezione collaterale, periodo che disgraziatamente però capita di rado alla nostra osservazione, trovo giusto ricorrere ai rimedi o agenti distruttivi locali come il secolare acido arsenioso, vantato anche quale rimedio d'uso generale a preferenza per la via ipodermica e tra le formule da usare localmente ho trovata utilissima la soluzione acquosa alcoolica raccomandata da Czerny e Trunececk (1).

Faure, chirurgo degli Ospedali di Parigi, dice; « Il cancro è malattia locale (ed aggiungo, nel suo 1° e 2° stadio) per cui può guarire per una operazione locale. Senza volere discutere in alcun modo la sua origine e la sua natura, che credo parassitaria, non comprendo come si possa sostenere che il cancro sia un'affezione generale; giacchè è impossibile concepire una malattia generale che possa guarire per un'operazione locale, e noi ne sappiamo abbastanza oggidì per poter mettere la quistione di diatesi e di eredità sul conto della predisposizione morbosa, del terreno come ora si dice. E ciò che è evidente per la tubercolosi e per varie altre affezioni parassitarie, *non è men vero per il cancro.* Ma *per guarire il cancro bisogna oltrepassare i limiti.* Un'operazione incompleta è fatalmente seguita dalla recidiva del male o meglio dalla *continuazione* di esso, *poichè il cancro non recidiva, ma continua.* Un focolaio neoplastico completamente asportato non ricompare. Le recidive nella ferita o cicatrice non sono che estirpazioni incomplete; le recidive nei gangli o a distanza non sono che la comparsa di focolai secondari che esi-

---

(1) Ultimamente ne fu vantata l'utilità anche da vari colleghi francesi e italiani (Dr. Bobone — presente Bollettino n. 12. 1901) — Qui tengo a ricordare che nella forma iniziale di acne cancroide, che interessa spesso il naso, fin dal 1883, pubblicando una breve casuistica (Gazz. Osped. Milano 1883) raccomandai il semplice raschiamento o il termocauterio seguiti dall'applicazione della polvere di clorato di potassa, come avevo visto usare a Parigi, nell'Ospedale St. Louis dai chiarissimi dermatologi Vidal e Besnier.

stevano di già all'epoca dell'estirpazione del focolaio principale (1) ».

Difatti i patologi cercano oggi di classificare questa neoplasia nell'estesissima famiglia delle *malattie locali da infezione cronica* determinate a preferenza da un parassita intercellulare, sia questo un fermento, come i *blastomiceti*, sia un *coccidio*, sia uno *sporozoario* o un *protozoario*, non omettendo che vi sono ricercatori i quali ritengono tali produzioni endocellulari di corpi rotondi isolati o multipli nella cellula (corpuscoli a fucsina di Russel 1890) o anche vacuoli intracellulari, risultato di semplice degenerazione di tali cellule che Virchow chiamò già da molto tempo *fisalifore*.

Tutte le ipotesi sono permesse, dice Borrel, relatore della teoria parassitaria del cancro all' ultimo congresso internazionale di Parigi; ma fin' oggi nessuna sembra perfettamente dimostrata (2). Qualunque esso sia il vero agente specifico, il patologo non può non ritenere di natura infettiva tali tumori dopo che l' anatomia patologica da sè sola non può spiegare la loro etiologia; dappoichè la proliferazione più rapida nei tumori maligni è un effetto e non la causa della malattia, come pure che il connettivo perde il suo potere di resistenza mentre i tessuti derivati dall'ectoderma proliferano più rapidamente.

Le cause comuni producono delle proliferazioni epidermoidali, epiteliali, ma queste cessano appena che la causa determinante, meccanica, ad esempio, scompare; mentre essendo la causa un parassita intracellulare, l' irritazione non cessa stante la moltiplicazione dei parassiti in nuovi punti del tumore, e così la proliferazione cellulare in tali punti si accentuerà. La cellula epiteliale irritata chimicamente si altera sia per i suoi secreti ed anche per quelli degli elementi anatomici più vicini, e cade presto o tardi nei linfatici o nei vasi sanguigni per arrestarsi nei gangli o negli organi vicini metastasi-infettando progressivamente l' intero organismo.

Fibromi retro-coanali o pseudo-polipi naso-faringei

La casuistica di Rinochirurgia comincia con quatto casi di fibromi retro-coanali anche detti pseudo-polipi naso-faringei, da me operati in soggetti di 17, 20, 35, 40 anni.

(1) Sur le traitement chirurgical du cancer. Paris, 1900.

(2) Comptes-rendus. Section d'*Anatomie pathologique, Bactériologique et Parasitologie*, pag. 129-142. Masson. Paris 1901.

L'estrazione di questi tumori fu da me praticata in massima parte con le mie adatte e lunghe pinze coanali anteriori dritte, per la fossa nasale, e con quelle posteriori, ricurve, per il cavo retronasale; qualcuno di essi, come il n. 7, con l'ansa fredda per la via retronasale. Queste neoplasie benigne avevano varia estensione di superficie d'impianto sui bordi della mucosa coanale e sul bordo faringeo del setto nasale, come si vede in alcune delle figure, prendendo origine dal tessuto fibroso che si trova nei pressi delle coane fin dalla loro zona internasale; tessuto fibroso che prende il suo massimo sviluppo, fino ad arrivare a 15-20 mm. di spessezza specialmente in corrispondenza dell'apofisi basilare dello sfenoide, da cui, in primo tempo, partono i veri polipi fibrosi naso-faringei, meglio detti fibromi della vôlta faringea, come propose fin dal 1880 l'or compianto collega prof. Emilio De Rossi nella sua monografia, anche per il nuovo e più sicuro metodo di cura: *I polipi naso-faringei e l'elettrolisi faringorinoscopica.*



Fig. 6.



Fig. 7.

In tutti i casi i suddetti tumori furono estratti integralmente senza alcuna sindrome molesta immediata, nè consecutiva, come l'emorragia più o meno imponente, la febbre, ecc.;

e gli operati dopo 3-4 giorni di tamponamento della fossa e coana poterono essere dichiarati completamente guariti; anzi



Fig. 8.



Fig. 9.



Fig. 10.

loro stessi si dichiararono tali appena estirpato il tumore per l' immediato sollievo nella respirazione, fonazione, ecc.

L'esame istologico ha dimostrato, eccetto nel n. 6 in cui trattavasi di fibroma mollusco pari a quello da me pubblicato nel 1887 (1), essere gli altri puri fibromi compatti, che si trovano splendidamente illustrati in sito con l'immagine rinoscopica posteriore, negli Atlanti del Krieg e del Gerber sulla *Patologia nasale del cavo retronasale*, ecc. pubblicati nel passato anno l'uno a Stuttgart e l'altro a Berlino.

L'Adrenalina ed il suo uso in oto-rino-laringologia

per il Dott. R. HAHN.

La medicazione capsulare ha in questi ultimi anni fatto enormi progressi, e l'azione fisiologica dell'estratto di glandula soprarenale è stata oggetto di numerosissime ricerche, che ne accertarono specialmente la potente azione vasocostrittrice. Una tale facoltà dovea necessariamente attirare l'attenzione degli studiosi sull'utilità incontestabile che da questo potere anemizzante si potea ottenere in molti processi infiammatori acuti e cronici, in certe forme di alterazioni vasomotorie, e nelle emorragie spontanee o susseguenti ad atti operativi. E questo non mancò: vediamo infatti negli ultimi due anni farsi numerosissime pubblicazioni, in massima parte inglesi ed americane, su questo argomento, concordi tutte nel riconoscere i vantaggiosi risultati ottenuti coll'uso di tale estratto nel campo della chirurgia generale, ginecologia, oculistica, rino-laringologia, otoiatria.

Anche presso di noi venne già usato da parecchio tempo l'estratto di ghiandola soprarenale, in polvere e soluzione acquosa; e me ne sono valso anch'io qualche volta, ma con risultati assai inferiori all'aspettativa, e poco costanti. Il preparato era poco stabile, spandeva un odore nauseante, ed applicato senza cocaina sulla mucosa nasale dava origine ad incomodi bruciori.

Ultimamente però L. Vacher d'Orléans (2), in un elaborato articolo si dichiara più che soddisfatto dell'uso di tale estratto nella generalità degli atti operativi usuali della specialità, ed in tutti i casi in cui si ha bisogno di avere una azione vasocostrittrice energica. Si serve di polveri e di liquidi preparati secondo le sue indicazioni, ed

---

(1) *Rivista Clinica e Terapeutica*. Napoli, 1887.
(2) Louis Vacher — L'extrait de capsules surrénales en oto-rhino-laryngologie. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*. ecc. Marzo, 1902).

ottenute col metodo di Brown-Séquard; associa al rimedio la cocaina e la applica sulla mucosa con polverizzazioni, pennellazioni o semplici insufflazioni di polvere.

Anche Taptas (di Costantinopoli) preconizza nelle operazioni nasali, la decozione di polvere di estratto di capsula surrenale in acqua bollita (1).

Gray (di Chicago) (2) si servì con buoni risultati della sostanza capsulare alla dose di 0,10 a 0,20 centg. ogni due o tre ore, per uso interno, in casi di emottisi ribelli e di polmonali.

Era naturale che si cercasse di isolare dalle capsule soprarenali il principio attivo, in modo da ottenere una sostanza costante, sempre identica nella sua azione e perfettamente dosabile. Si riuscì così ad isolare sostanze diverse come l'Epinefrina di Abel, e la Suprarinina di von Furth, e, nel principio del 1901 dal dott. Iokichi Takamine di New York, una sostanza che sarebbe appunto il principio attivo della glandula, e che egli chiamò Adrenalina. Questa si presenta sotto forma di piccoli cristalli, di varia forma, alterantisi rapidamente al contatto dell'aria e solubili in acqua leggermente acidulata; con essa si possono formare varii sali, dei quali il più solubile sarebbe il cloridrato.

In una comunicazione alla Società di medicina di Bordeaux, nel novembre 1901 Moure e Brindel (3) riferirono sugli ottimi risultati terapeutici ottenuti coll'Adrenalina nelle infiammazioni più o meno acute delle mucose, nelle semplici congestioni di esse per vaso-dilatazione, e come emostatico del campo operativo nasale, orale, laringeo ed auricolare. Essi non ebbero buoni risultati dall'estratto di capsule surrenali, mentre invece considerano l'Adrenalina come agente medicamentoso di primo ordine, vasocostrittore energico ad azione prolungata; la usarono, per applicazione diretta sulle mucose, in soluzioni dall'1 per mille all'1 : 5000, pura o mescolata alla cocaina. Non ebbero mai alcun inconveniente, e non osservarono mai coll'uso dell'Adrenalina, le tendenze sincopali che così facilmente si hanno coll'applicazione di soluzioni di cocaina all'1[10.

Riferirò brevemente le osservazioni, fatte sistematicamente per circa due mesi sui pazienti della mia sezione all'Ambulatorio Policlinico della nostra città, e nella mia clientela privata circa l'efficacità di tale rimedio. I risultati pratici furono assai soddisfacenti e confermanti pienamente le esperienze di Moure e Brindel. Non sarà inutile, credo, richiamare ancora una volta, l'attenzione degli specialisti sopra questo agente, che rende veramente utilissimi servigi

---

(1) Taptas — De l'extrait de capsules surrénales dans les opérations nasales (*Annales des anabadies de l'oreille, du larynx ecc.*, aprile 1902).

(2) Gray — Report. della *Semaine médicale*, n. 17, 1902.

(3) Moure et Brindel — De l'emploi de l'Adrénaline en oto-rhino-laryngologie. (*Revue hebdomadaire de Laryngologie*, gennaio, 1902).

nel campo nostro speciale, e che certamente non passerà come tanti altri rimedii, che ebbero il loro momento di gloria e di moda, e che poi poco a poco, non mantenendo le promesse primitive, caddero in oblio.

L'Adrenalina si trova per ora in commercio sotto forma di cloridrato in una soluzione costituita da una parte di Adrenalina, su mille parti di soluzione normale di cloruro di sodio, a cui si aggiunge come antisettico cinque parti di cloretone; la soluzione è incolore ed inodora, ma lasciata all'aria ed alla luce prende rapidamente una tinta rosea, il che però non infirma in nulla la sua efficacità fisiologica. Ha un leggero gusto di canfora, e bruciata spande un odore acre tutto suo particolare. Cominciai dapprima ad usare la soluzione diluita (dall'uno per 2000, all'uno per 5000) ma dopo prove molteplici non ottenendo i risultati voluti, adoperai correntemente la soluzione all'1 per 1000, pura, se oltre all'azione vaso costrittrice non occorreva l'azione anestetica, mista alla cocaina nel caso contrario. Per il dosaggio mi valsi del metodo seguente: con un contagocce calibrato a diametro esterno di 3 mm. (in tali condizioni venti gocce d'acqua distillata a 15° pesano un gramma) versavo e mescolavo in un vetrino da orologio cinque gocce di una soluzione di cocaina al 10 °/₀ con dieci gocce di soluzione di Adrenalina all'uno per mille, avendo in tal modo e colla massima approssimazione 25 mmgr. di cocaina, e mezzo mmgr. di Adrenalina a mia disposizione nel vetrino. In nessuna delle mie esperienze oltrepassai tale dose (questa però a parer mio potrebbe essere leggermente aumentata senza inconveniente), anzi era rarissimo che dopo tre pennellazioni non ottenessi l'effetto voluto: anemia ed anestesia completa della mucosa, e questo specialmente nel naso. Ricorsi assai più spesso e volentieri alle pennellazioni, che non alle polverizzazioni, sia pel più sicuro dosaggio, sia perchè mi parve che la rapidità dell'effetto venisse aumentata di molto col leggero massaggio fatto col tamponcino di cotone.

Applicando la suddetta miscela sulla mucosa nasale sana, ipertrofica od infiammata, la si vede rapidamente impallidire e retrarsi progressivamente addirittura sotto lo sguardo dell'osservatore, accollandosi poi strettissimamente all'osso, di cui disegna tutti i contorni; pare anche che essa s'indurisca, almeno fa questo effetto sotto il coltello galvano-caustico (1). Posta la soluzione a contatto con una superficie sanguinante, questa s'imbianca, si retrae, e cessa l'uscita del sangue La durata dell'azione anemizzante è relativamente lunga: pennellando un cornetto ipertrofico, lo si trova retratto due, tre ed anche quattro ore dopo l'applicazione. Io ho tenuto per dieci ore di seguito in osservazione, e senza tampone, un paziente a cui aveva asportato coll'ansa fredda l'estremo anteriore del cornetto medio. L'operazione era

(1) *Vacher*. loc. cit. dice che dopo aver pennellate le vegetazioni adenoidi coll'estratto di glandola sopra renale, mentre si procede alla loro ablazione, pare che la curette scivoli contro del periostio.

stata esangue o quasi: dopo due ore e mezzo, notando leggerissima fuoruscita di sangue, feci una nuova pennellazione di Adrenalina, ripetuta poi dopo cinque ore. Alla sera per precauzione, ripetei l'applicazione e feci un leggero tamponamento, che tolsi tal quale all'indomani. Non sarà però mai prudente trascurare il tamponamento dopo un operazione nasale cruenta, perchè non è esclusa la possibilità di un emorragia secondaria, come quelle che succedono dopo la cocainizzazione; tale emorragia sarà ad ogni modo certamente minore e molto più tardiva. Non ho mai, in previsione di ciò, tralasciato il tamponamento, e spesso ritirandolo potei verificare che una leggera emorragia c'era stata. Moure e Brindel (1), invece, non notarono mai emorragia secondaria, ed opinano che la ragione di ciò si debba ricercare o nel fatto che la energica retrazione dei vasi non è seguita da una dilatazione vaso paralitica inversa, come succede dopo l'applicazione di cocaina, oppure perchè l'emostasi è stata abbastanza lunga da permettere la formazione di coaguli duraturi nei vasi aperti.

L'applicazione locale dell'Adrenalina non produce alcun disturbo; pare anzi sia aumentato l'effetto anestetizzante della cocaina, di cui indubbiamente si usa una quantità minore del solito. Nei casi speciali in cui non è possibile valersi della cocaina, la sola applicazione della soluzione produce leggera anestesia, dovuta forse alla presenza del cloretone, quantunque ve ne sia in minima proporzione. Finalmente sulle mucose infiammate, sulle quali applicata da sola la cocaina produce poco o nessun effetto, l'aggiunta di Adrenalina ne favorisce essenzialmente l'assorbimento, e le permette di estrinsecare tutto il suo potere anestetizzante.

Non è il caso qui di dilungarmi nel descrivere dettagliatamente tutta la serie delle mie osservazioni, che non fanno insomma altro se non confermare e corroborare le comunicazioni di parecchi altri autori, mi limiterò a passare brevemente in rassegna quelle che mi parvero più interessanti.

Orecchio.

Angioma congenito del lobulo, grosso come un cece. In seguito a trauma (graffiatura) emorragia fortissima e ribelle che dura da due ore. L'applicazione di un tampone imbevuto di Adrenalina fa cessare completamente l'uscita del sangue; il tumore imbianca e si accascia, e viene poi facilmente distrutto colla galvano-puntura.

Miringite acuta. — Abolizione o forte diminuzione del dolore in seguito a ripetute instillazioni auricolari di qualche goccia di cocaina adrenalina. La membrana timpanica impallidisce notevolmente; in genere si ha evoluzione rapida del processo.

Paracentesi timpanica. — L'anestesia, che si ottiene coll'instillare e col lasciare per cinque minuti a contatto della membrana la miscela, è completa e costante e certo superiore a quella che si ottiene colle miscele consigliate da Bonain, e da Gray di Glascow, la

(1) *Moure* e *Brindel.* loc. cit.

cui azione non è sempre eguale e non scevra da qualche inconveniente. Sopra sette paracentesi che ebbi l'occasione di praticare in questo modo, un solo paziente accusò un leggero dolore nel momento dell'incisione; bisogna notare però che appunto per lui aveva diminuito di molto la quantità di cocaina, avendomi esso già altre volte dato prove di un'esagerata suscettibilità per questo anestetico.

Tutte in genere le operazioni cruente del condotto e della cassa vengono facilitate ed abbreviate coll'adrenalizzazione che procura un campo operativo quasi senza sangue; in tutti i miei interventi su polipi e granulazioni della cassa e del condotto, asportazione delle ossicina ecc. non notai mai la più leggera emorragia.

Naso.

E' indubbiamente nella terapia e chirurgia nasale che l'Adrenalina si dimostra per noi di maggiore utilità, esplicando qui completamente la sua azione anemizzante e vaso costrittrice. Anzitutto essa sostituisce perfettamente la cocaina quando questa si usa a solo scopo diagnostico per l'esame delle cavità nasali, riducendo molto maggiormente ed assai più rapidamente le mucose ipertrofiche; unico e piccolo inconveniente per tale cosa sarebbe il forte imbiancamento della mucosa, effetto del quale bisognerà sempre tener conto. Usata in pennellazioni, ed in polverizzazioni (in soluzione all'1 : 5000), come mezzo abortivo nei casi di coriza acuta al primo iniziò, e come palliativo nell'acme di essi, diede ottimi risultati; nel primo caso i fenomeni cessarono generalmente nelle 24 ore, e nel secondo si ottenne notevolissimo miglioramento della cefalea e scomparsa, per parecchie ore dopo la pennellazione, dell'ostruzione nasale.

Non ebbi agio di sperimentarla nella coriza acuta dei neonati; in questa però, credo si avrebbero effetti più duraturi, che non quelli ottenuti con le sole instillazioni di olio mentolato.

Così pure, in due casi di rinite spasmodica con idrorrea, i pazienti risentirono gran beneficio dalle pennellazioni di soluzione di cloridrato d'Adrenalina; l'accesso veniva tagliato di netto, e non si ripetè mai nella stessa giornata: non notai diventasse necessario l'aumento progressivo della dose da applicarsi come succede abitualmente colla cocaina, la stessa quantità di medicamento, produsse sempre l'effetto desiderato.

Sinusiti acute catarrali e grippali. — La prima indicazione terapeutica è quella di provocare la retrazione delle mucose tumefatte, per liberare e mantenere pervii gli orifizi di queste cavità, che tanto facilmente si ostruiscono, ed a tale scopo ci valevamo sinora delle applicazioni di cocaina e delle inalazioni mentolate, le quali, riducendo un po' la mucosa e dilatando così le aperture d'evacuazione, permettevano l'efflusso del liquido raccolto nel seno. L'azione dell'Adrenalina come rapidità, potenza d'effetto e durata è assai superiore a quella dei medicamenti suddetti. Immediatamente dopo la sua applicazione sul cornetto medio, la mucosa si addossa all'osso, liberando il meato corrispondente; si fa una seconda appli-

cazione cercando di giungere il più vicino possibile all'orifizio del seno affetto, e si può bene spesso assistere all'uscita d'un liquido mucoso o muco purulento, con successiva immediata sospensione dei dolori. Questo verificai in due casi di sinusite acuta catarrale frontale, un caso di sinusite mascellare acuta, un caso di sinusite frontale acuta grippale. I quattro casi guarirono spontaneamente.

Epistassi a ripetizione per le solite lesioni del setto. Rapido arresto dell'emorragia, tanto che, seduta stante, si possono cauterizzare i punti lesi.

Corpo estraneo della fossa nasale sinistra. — Bambina di quattro anni. Rinite purulenta sinistra da sei giorni. Lo specillo urta contro un corpo duro, resistente, immobile, in corrispondenza del pavimento della fossa nasale. Debole irrigazione borica detersiva, pulizia della narice; alla rinoscopia si vede un corpo nerastro incuneato sotto il turbinato inferiore, che è fortemente tumefatto. Polverizzazione con soluzione Adrenalina all'1 per 5,000, poi pennellazione. Il cornetto si ritrae immantinente e colla pinza si estrae un bottone rotondo da scarpa.

In tutte le operazioni nasali (galvanocaustica, asportazione di creste o spine del setto, amputazione dell'estremo anteriore e posteriore dei cornetti, polipotomie, ecc.) l'applicazione della cocaina Adrenalina, non solo produce l'anestesia e l'anemia completa o quasi della mucosa, in modo che durante l'atto operativo non si ha che pochissimo scolo sanguigno, ma, retraendo enormemente la mucosa, aumenta di molto lo spazio visuale, il che non è certo un vantaggio disprezzabile. Diminuisce assai colla galvano caustica il pericolo della formazione di sinechie, sia pel maggior spazio che viene ad esserci fra setto e turbinata, sia per la lunga durata della retrazione.

In caso di amputazione dell'estremo posteriore del cornetto inferiore, è assai utile adrenalizzare la metà anteriore del cornetto, in tal modo la coda resta più visibile, e può caricarsi con molta maggiore facilità nell'ansa. Questa manovra deve però farsi assai rapidamente, perchè la vaso costrizione si propaga poco a poco e si riduce contemporaneamente l'ipertrofia.

Rino-faringe, *faringe* e *laringe*. — In un paziente, in condizioni generali poco buone, affetto da tumore raro del cavo rino-faringeo (caso che mi riservo di pubblicare a suo tempo) e che si risentiva sempre e per parecchio tempo delle copiose emorragie consecutive agli interventi operativi eseguiti colla pinza per via orale, ridussi al minimum la perdita di sangue e quindi la reazione generale, valendomi della solita miscela di cocaina ed Adrenalina in reiterate pennellazioni prima e dopo l'intervento. Riuscii così ad operare quasi senza uscita di sangue, e non notai mai emorragie secondarie.

Dopo la tonsillotomia riuscirono pure assai efficaci le pennellazioni coll'Adrenalina, cessando immediatamente quel gemizio sanguigno che qualche volta perdura abbastanza lungamente.

In laringe poi, oltre ai vantaggi che le applicazioni di Adrena-

lina ci possono procurare durante e dopo un atto operativo, ottenni con essa un altro effetto sul quale mi piace richiamare l'attenzione. Tutti sanno quanto sia spesso difficile il lenire gli intollerabili dolori con cui si accompagnano le lesioni tubercolari laringee, giunte ad un periodo avanzato specialmente durante l'atto della deglutizione non solo degli alimenti solidi ma sinanche dei liquidi e della saliva. In certi casi si può passare in rassegna tutto l'arsenale terapeutico di cui disponiamo, senza nulla ottenere, non riuscendo ad attenuare menomamente la disfagia atroce che induce il paziente a ricusare ogni alimento. Ultimamente vidi un caso di questo genere: presentava estese ulcerazioni delle false corde, considerevole infiltrazione delle aritanoidi e dell'epiglottide, disfagia intensa, rigurgito dei liquidi nel naso, dolori irradiati agli orecchi; il paziente rifiutava ogni alimentazione e deperiva rapidamente. Dopo aver provato, sempre inutilmente, l'ortoformio, la cocaina, la morfina, che non solo non producevano alcun sollievo ma erano assai male tollerati, ed aumentavano gli accessi di tosse, volli ancora provare le pennellazioni di cocaina-adrenalina. Alle 10 ant. faccio quattro pennellazioni successive della miscela. Le superficie toccate impallidiscono, e diminuisce subito, per poi sparire del tutto, il dolore alla deglutizione. Al malato pare che la respirazione diventi più facile, e, sono sue espressioni, gli sembra si sia allargato il canale. Mezz'ora dopo può deglutire del pane che da due mesi non toccava più, e un bicchiere di vino, che prima gli procurava intollerabile bruciore. Il benessere dura immutato sino alle cinque pomeridiane, poi poco a poco diminuisce — All'indomani siamo al punto di prima. Volli sperimentare anche le pennellazioni di pura Adrenalina, e di cocaina al 20 0[0, ma se si ottenne un breve miglioramento, esso non fu certo paragonabile al primo — Ora continua le pennellazioni colla miscela che danno sempre lo stesso ottimo risultato, e favoriscono assai l'alimentazione.

Concludendo da quanto ho rapidamente riferito mi pare emerga chiaramente l'efficacità vera di questo nuovo medicamento. — Certo non bisogna chiedere all'Adrenalina più di quanto essa possa dare, e pretendere da essa altro che un'energica e duratura azione vasocostrittrice, ma questo suo potere certo e costante le assicura già un immenso campo di indicazioni terapeutiche. — Non ho esperienza alcuna sulla sua azione per iniezione endovenosa, nel qual caso aumenterebbe straordinariamente la pressione sanguigna, e per uso interno come emostatico ; quello che è certo si è che, usata nel modo descritto, nè agli autori citati, nè a me essa diede mai luogo al più piccolo inconveniente.

La letteratura in questi ultimi due mesi si è venuta arricchendo di numerose ed autorevoli pubblicazioni sul nuovo medicamento, quali quelle di Ferdinands (1), e di Vignes (2), nel campo oftalmo-

---

(1) George A. Ferdinands — (*Brit. med. jour.*, 22 marzo 1902).
(2) I. Vignes — Communication à la société française d'ophtalmologie (*Presse médicale*, n. 38, maggio 1902).

logico, e di Delsaux (1), Grazzi (2), Lermoyez (3) nell'otorinolaringologia, i quali sono concordi tutti nel vantare la sua azione anemizzante ed emostatica. Ferdinands però ne sconsiglia l'uso nei casi in cui è alterata la nutrizione dei tessuti. Delsaux se ne serve sistematicamente in tutti i casi di « bougierage » delle tube in preda a catarro mucoso semplice od ipertrofico, e riferisce casi interessanti di intolleranza per l'Adrenalina. Ebbe pure a notare, dopo l'applicazione intranasale della soluzione pura, più o meno diluita, l'insorgere di dolori irradiati ai denti del mascellare superiore; è facile ovviare a questo inconveniente con una previa pennellazione di cocaina (4).

Torino, marzo-aprile 1902.

RASSEGNE

1. **Il trattamento del lupus dell'orecchio e del naso coll' aria calda;** dottore LICHTWITZ — La miglior cura del lupus, quando è limitato, consiste nell'ablazione del tratto di cute leso e sutura dei margini della ferita, ma non in tutte le regioni questa è possibile senza gravi effetti per la cosmesi: tale è il caso del padiglione dell'orecchio e del naso. I metodi conservativi quali l'ignipuntura e la scarificazione sono lunghi incerti e la 1ª specialmente può dar luogo a retrazioni e conseguente stenosi delle narici o del condotto uditivo.

L'A. ritiene migliore in questi casi l'impiego dell'aria calda come propose l'Hôllander; ma mentre quegli usava aria circa a 300 gradi scaldata in un serpentino a mezzo di un becco Bunsen l'A. impiega il calore sviluppato dalla corrente elettrica che rende incandescente un filo di platino. Ha trovato che usando dei tubi proposti da Lermoyez per le applicazioni intranasali si può ben limitare l'azione dell'aria calda, valutare il grado di temperatura e agire solo sulle parti malate.

Ha ottenuto ottimi resultati senza bisogno di superare i 130 gradi di calore, l'escare si staccarono facilmente e senza lasciare cicatrici deformi. L'A. stima perciò che questo debba essere il metodo d'elezione nel lupus del naso e dell'orecchio. (Dagli *Archives internationales de laryngologie*, ecc. n. 1, 1902). LIGORIO.

---

(1) V. DELSAUZ — Sur l'emploi de l'adrénaline dans la pratique oto-rhino-laryngologique (*La presse oto-laryngologique belge*, n. 4).

(2) V. GRAZZI — (*Bollettino delle malattie dell'orecchio ecc.*, p. 104, maggio 1902).

(3) M. LERMOYEZ — L'adrènaline. Un grand médicament de l'avenir (*Presse médicale*, n. 37 maggio 1902).

(4) Mentre stava correggendo le bozze di questo articolo, mi giunge, per squisita cortesia del prof. Grazzi, il n. 116 (marzo-aprile 1902) degli Archivos latinos de rinologia, laringologia, otologia, Madrid, in cui il dott. Ricardo Botey, riferisce minutamente gli esperimenti che sin dal mese di gennaio venne facendo coll'adrenalina. Sono lieto di constatare che le mie osservazioni concordano pure con quelle dell'esimio collega di Barcellona, e più specialmente per quanto riguarda le emorragie secondarie dopo l'applicazione di adrenalina, e gli ottimi successi come anestetico della mistura cocaina adrenalinica nella tubercolosi laringea.

2. **Sulle iniezioni di paraffina nelle deformazioni del naso**; Per il dott. I. Baratoux. — Per correggere certe deformità resultanti da operazioni o da malattie delle ossa nasali, ed anche di altre parti del corpo, ma specialmente della faccia è stato proposto in questi ultimi tempi di iniettare per mezzo di una cannula di Pravaz la paraffina fusa nel cellulare sottodermico della regione che si vuole riempire o rialzare. Il Baratoux in questo scritto fa la storia di un tale metodo di protesi, ricorda gli inconvenienti e le difficoltà non lievi che si incontrano, e descrive la tecnica da lui praticata in alcuni casi per ovviare i primi, superare le seconde, ed assicurare un esito soddisfacente. Cosa avviene della paraffina resa liquida dalla temperatura di 50 o 60 gradi, che poi nuovamente si indurisce nelle maglie dei tessuti? Secondo Gersuny questa massa resta nelle parti dove è iniettata senza subire alcun cambiamento; Stein al contrario crede che possa essere riassorbita e sostituita da tessuto connettivo. Eckstein è d'opinione che la vaselina insensibilmente scomparisca e al suo posto si trova del tessuto connettivale che avvolge la paraffina solidificata che resta intatta. Delle maglie di tessuto connettivo negli animali che hanno servito agli esperimenti sono state trovate attraverso alla massa di paraffina. In ogni modo questo metodo di protesi è ingegnoso e quando sarà ancora più conosciuto e perfezionato potrà rendere segnalati servigi. (*La pratique med: Journal des maladies des oreilles. ecc.* Paris, aprile, 1902). V. G.

BIBLIOGRAFIA

Storia del R. Istituto Nazionale dei Sordomuti in Genova; per il dott. D. Silvio Monaci.

Dagli *Annali di Laringologia ed Otologia* (gennaio 1902) togliamo questa interessante bibliografia scritta dal prof. G. Masini.

Noi accennammo in uno dei precedenti fascicoli del Bollettino, la pubblicazione di questo volume ed avremmo voluto analizzarlo personalmente, ma avendo letto il resoconto fattone dal Masini, che esercitando in Genova è anche in grado di conoscere a fondo le ottime condizioni dell'Istituto della sua città, abbiamo con piacere ceduto a lui la parola sopra questo speciale argomento.

Ecco senz'altro quanto pubblica in proposito il valente otolaringologo ligure:

L'Istituto dei Sordomuti di Genova, si può dire che sia la pietra angolare dalla quale originò tutto il movimento che ha arricchito l'Italia di valenti educatori. Ben fece dunque il Monaci a prendere occasione dal *primo centenario* della fondazione della Scuola Genovese (Maggio 1801) per pubblicare questa seconda edizione della storia dell'Istituto, nella quale con savio intento ha raccolto e documentato tutto quello che ha rapporto col sorgere e prosperare dell'Istituto medesimo. Danno pregio all'opera numerose incisioni, le quali ora ritraggono le sembianze dei più noti istitutori, ora ricordano come con l'effige del Cardano che fu proprio in questa Italia, che si leva la prima voce per richiamare sopra tanti infelici l'attenzione degli uomini di scienza e dei legislatori, onde fossero educati ed istruiti e tolti infine dall'abiezione nella quale vivevano ed erano tenuti.

Un lavoro come questo del dott. Silvio Monaci riempie una lacuna, ed ogni studioso il quale voglia approfondire tutte le questioni che hanno attinenza alla educazione dei Sordomuti, non potrà

fare a meno di averlo nella propria biblioteca e consultarlo di frequente. Qui, come in nessuna opera straniera della stessa natura, l'intendimento che ha guidato, non fu tanto quello di esporre le fasi diverse attraverso alle quali è passata la questione della istruzione e della educazione di tanti infelici, quanto quello di mettere in evidenza l'indiscutibile valore delle ricerche e degli studi di tanti illustri educatori, nei quali non sai più se ammirare le elette doti dell'ingegno e le severe ricerche scientifiche, o le impareggiabili doti del cuore e l'intenso amore per le sofferenze dell'umanità.

Al Monaci, continuatoré delle nobili tradizioni, successore di quell'Assarotti che fu veramente il padre dei Sordomuti della regione genovese, sia data larga lode per il lavoro poderoso e per l'amorevole intento che lo guidò nella compilazione e nella trattazione di questa nobile opera.

La storia incomincia con una breve introduzione, nella quale è fatto cenno del lavoro compiuto prima che l'abate De l'Epée in Francia iniziasse il movimento che da allora, sulla metà del 1700, non si è più arrestato fino ad arrivare ai meravigliosi risultati, che all'estero ed in Italia il concorde lavoro di istitutori e di scienziati ha potuto ottenere.

La prima parte è tutta dedicata al padre Ottavio Assarotti, del quale tessendo la vita, tesse pure quella dell'Istituto, poichè era impossibile lo scompagnare l'una cosa dall'altra essendo merito incontestabile di questo illustre e benemerito cittadino, se Genova e poi l'Italia poterono gareggiare con le altre nazioni nella educazione dei Sordomuti. In questa parte che è forse la migliore di tutta l'opera, il Monaci giustamente scagiona l'Assarotti dalle accuse che gli vennero fatte per non aver seguito il metodo orale, mettendo in evidenza le ragioni d'indole didattica ed il poco valore delle esperienze eseguite per far risultare inevitabile la via dall'Assasotti seguita. Rivendica a lui quando altri, che adesso ne menano gran vanto, non potevano neppur sognarselo, l'avere adottato nel suo insegnamento il metodo intuitivo ed oggettivo precorrendo così di quasi un secolo il più razionale degli insegnamenti.

In questa scuola genovese, dalla viva voce dell'Assarotti e dai pratici insegnamenti di lui, appresero il Bagutti ed il De Bonis e poi l'illustre Pendola, come si possono educare ed istruire i mutolini; fu questo Istituto se non il primo, certo il più grande focolaio da dove doveva escire consacrata dalla carità e dalla scienza la nuova èra per tanti infelici prima abbandonati alla loro sorte disgraziata.

Nella seconda parte che va dalla morte dell'Assarotti a quella del P. Boselli, che gli succedette nella direzione, tutto quanto il periodo migliore dell'istituto, dai sempre crescenti favori dei quali gli furon sempre larghi i principi di Savoia ed il Re d'Italia Vittorio Emanuele II, ai lasciti numerosi che molti delle più cospicue famiglie genovesi fecero a questa istituzione, tutto è minuziosamente descritto e trattato; tutto reso con chiara evidenza e per di più illustrato dalle figure dei più insigni e caritatevoli donatori, dai gruppi degli insegnanti e degli allievi.

Nella parte terza, il racconto entra nella fase moderna con l'assunzione alla direzione del padre Panario. L'insegnamento subisce una trasformazione profonda con l'abbandono dell'antico metodo mimico e con l'adozione di quello orale. Oramai la parola parlata, sogno non mai realizzato da coloro che primissimi pensarono ai sordomuti, è oggi un fatto compiuto e la paziente insistenza ed il grande amore hanno finalmente compiuto il miracolo; il muto ha riacquistata la parola, un uomo nuovo è entrato a far parte del consorzio civile. In questa parte il Monaci trova modo di parlare del meravi-

glioso sviluppo che ha preso l'istituto e come pur male adattandosi il locale, siasi potuto ottenere tutto quello che era umanamente possibile per non rimanere inferiori a quello che le altre nazioni facevano od avevano fatto.

Scuole corredate di tutto il necessario e i disegni numerosi ne fan fede, locali ampi saviamente disposti per l'insegnamento dei diversi mestieri, palestra di ginnastica e giardini, tutto concorre a rendere facile, piano, accetto l'insegnamento e la dimora e ad elevare intellettualmente e moralmente i poveri infelici.

Di più avrebbesi potuto fare certamente se il quasi abbandono nel quale i governi che si succedettero alla direzione della pubblica cosa in Italia avessero, senza tante inutili inchieste e senza tante inutili commissioni pensato ad aiutare questi nostri istituti, i quali stretti dalla dura necessità del bisogno non poterono neppure accogliere la metà di coloro i quali son privi della favella. Le sole forze della carità non bastano omai più ed i tempi nuovi ed i nuovi metodi d'insegnamento ed i cresciuti bisogni ed una più razionale selezione dei sordomuti, impongono al governo di curarsi di queste dimenticate istituzioni dotandole di tutto quanto è necessario perchè non abbiano ad essere troppo inferiori a quelle delle altre nazioni. Invidiati un giorno per il grande e rigoglioso sviluppo che avevamo dato alle nostre scuole, cadiamo oggi adagio adagio negli ultimi posti senza che si abbia speranza possano essere ascoltate le voci di coloro che avvisano al rimedio nell'interesse della società stessa che non può, nè deve gravare il proprio bilancio di esseri pressochè inutili.

L'opera quindi del Monaci, oggi benemerito direttore di quell'istituto che fu tra noi e fuori esempio fecondo di ciò che possa il buon volere e la tenacia dei propositi, serva di sprone a coloro che, beneficati dalla fortuna, o saliti alla direzione della pubblica cosa, hanno il dovere di trattar tutti i nati nella stessa terra alla stessa stregua del diritto e della giustizia.

Ed ora dovrei parlare della ultima parte, la quale comprende ben 63 documenti, fra decreti di autorità, lettere di eminenti personaggi, articoli di giornali e via dicendo, che è indubbiamente tanto importante quanto la prima, poichè dà la prova di tutto quello che fu detto. Di questa basterà dire che potrà servire ad ogni studioso per rintracciare le ragioni per le quali sorse e si svolse di vita così florida l'istituto genovese, senza entrare in una disamina minuta e paziente di ciascun documento, cosa difficile e forse inutile in una rivista bibliografica.

Non possiamo però trascurare di far cenno dell'appendice, nella quale sono riassunte tutte le notizie economiche finanziarie dell'istituto e non dare un'ultima e meritata lode al dott. D. Silvio Monaci, il quale curando in ogni particolare la esposizione storica dell'istituto da lui sapientemente diretto, ha fatto non solo un'opera degna del suo ingegno, ma ha altresì dimostrato di essere un uomo di cuore ed uno dei più colti istitutori di sordomuti.

NOTIZIE VARIE

XIV Congresso Internazionale di Medicina. Madrid, 1903. — Le *Tesi* messe nell'*Ordine del giorno* per le sezioni di otologia e laringologia sono le seguenti:

I. Sezione otologia: *A)* Cause del sordomutismo. Relatori: dottori A. Castex (Parigi), Schmiegelow (Copenhague), Verdos (Barcellona). — *B)* Studio anatomico e clinico del colesteatoma. Relatori:

dottori Schwartze (Halle), Cozzolino (Napoli), Barajas (Madrid). — *C)* Cura consecutiva negli atti operatori eseguiti nell' orecchio. Relatori: dottori Lermoyez (Paris), Botey (Barcellona).

II. Sezione di laringologia: *A)* È conveniente, dal punto di vista medico e sociale, agire chirurgicamente in tutte le specie di cancri laringei ed in tutti i periodi? Relatori: dottori Felix Semon (Londra), Gluck (Berlino), Sota y Lastra (Siviglia). — *B)* Importanza della cura locale nella tubercolosi laringea. Relatori: dottori Krause (Berlino), Grazzi (Pisa), Roquer Casadesus (Barcellona). *C)* La rinite atrofica fetida è essa sempre essenziale? È necessario stabilire una diagnosi esatta avanti di consigliare la cura. Relatori: dottori Moure (Bordeaux), Freundenthal (New-York), Pelaez (Granata).

Società Belga di Otologia, Rinologia e Laringologia — Abbiamo ricevuto il programma della riunione di questa Società, che ebbe luogo in Bruxelles il primo di Giugno, e ci compiacciamo con i colleghi belgi per la ricca produzione scientifica che presentavano per la discussione.

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1902 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza, 44.

Anno XX. Firenze, Luglio 1902. **N. 7.**

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Una sintetica casuistica d'Otochirurgia e Rinochirurgia con relative considerazioni di patologia e terapia

per il Prof. VINCENZO COZZOLINO

Direttore della Clinica ufficiale Otorinojatrica

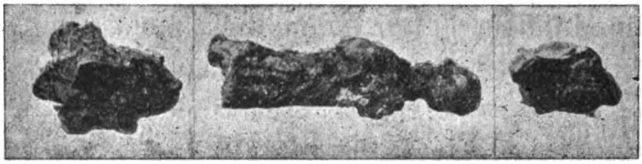
e Docente di Laringojatria nella R. Università di Napoli.

(*Continuazione e fine; vedi n. precedente*).

Corpo estraneo nella cavità nasale sinistra xilo-rinolito

Riferisco un caso rarissimo di corpo estraneo della fossa nasale sinistra rimasto per oltre 35 anni, consistente in un *pezzetto di ramo d'albero con incrostazioni rinolitiche*; un rinolito secondario, che chiamo xilo-rinolito, per il legno che ha fatto da nucleo al deposito o stratificazione lenta e progressiva dei sali soliti a trovarsi nei rinoliti, quali sono principalmente il carbonato, il fosfato di calce, come esposi nei miei precedenti lavori sui rinoliti, che dopo quello del Ve-

neziano Mattia de Gardi, 1502, sono stati i primi della nostra Letteratura rinoiatrica a base di rinoscopia (1).



a b c

Fig. 11.

Il paziente, ispettore delle scuole elementari, contava oltre 50 anni, e venne a consultarmi per sofferenze d'ipersecrezione, dolorifiche, ecc. ricorrenti che nei primi tempi vennero attribuiti ad una pura corizza cronica, e poi a sifilosi terziaria nasale, come qualcuno volle assolutamente sostenere, scambiando il rinolito per un sequestro dei turbinati e quindi sottoponendo il paziente a cure antisifilitiche. Errore diagnostico nel quale ricordo che caddero altri anche nei primi casi di rinoliti pubblicati, e specialmente in quello che aveva prodotto distruzione parziale del setto nasale nella sua porzione inferiore (2).

Solo quando vide il corpo estraneo estrattogli, che nella figura è rappresentato (*b*) separato dalle due incrostazioni rinolitiche che l'avvolgevano quasi per tutta la lunghezza, il paziente si ricordò che da giovanetto gli fu conficcato violentemente nella fossa nasale un pezzetto di legno da un compagno, mentre trastullavansi.

Mi è sembrato talmente importante il presente caso che nel passato anno scolastico lo feci elevare a soggetto di una tesi di Laurea, dal dott. Ignazio Rabboni, siciliano, sovratutto per fargli dimostrare con un caso clinico così classico i *grandi poteri d'autodifesa* di cui son fornite le cavità nasali, poteri specialmente attribuibili al muco nasale ed al liquido lagrimale particolarmente alla loro parte corpuscolare.

---

(1) *Archivio italiano di Laringologia*, Napoli, 1888. Un doppio rinolite nella fossa nasale sinistra. Rivista clinica e terapeutica, Napoli, 1893.

(2) *Rinolito o calcolo nasale con distruzione parziale del setto:* con analisi chimica ed esame istologico della mucosa iperplastica del setto. Morgagni, Milano, 1893.

Le figure 12, 13, 14 rappresentano i rinoliti da me estratti e descritti nel 1888 e 1893 (loc. cit.)

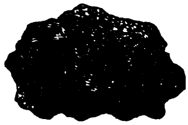


Fig. 12.



Fig. 13.



Fig. 14.

e le figure 15, 16 indicano i lati del setto con la zona perforata dal rinolito formatosi nella fossa nasale sinistra.

Anche per l'estrazione dei rinoliti e corpi estranei dalla fossa e meati nasali bisogna tener presente il ricordato motto di Heisterio, quindi operare sotto la guida della rinoscopia, come pure di non servirsi delle comune pinze nasali, perchè d'ordinario, specialmente se il corpo è grosso e duro, petroso,

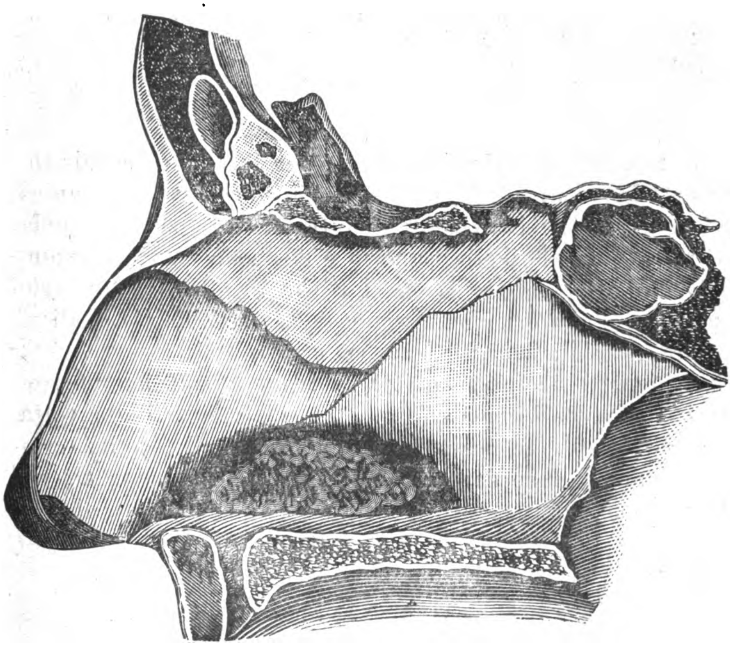


Fig. 15.

metallico, sfuggendo dalle loro branche viene spinto più profondamente nella fossa presso la coana o in qualche meato.

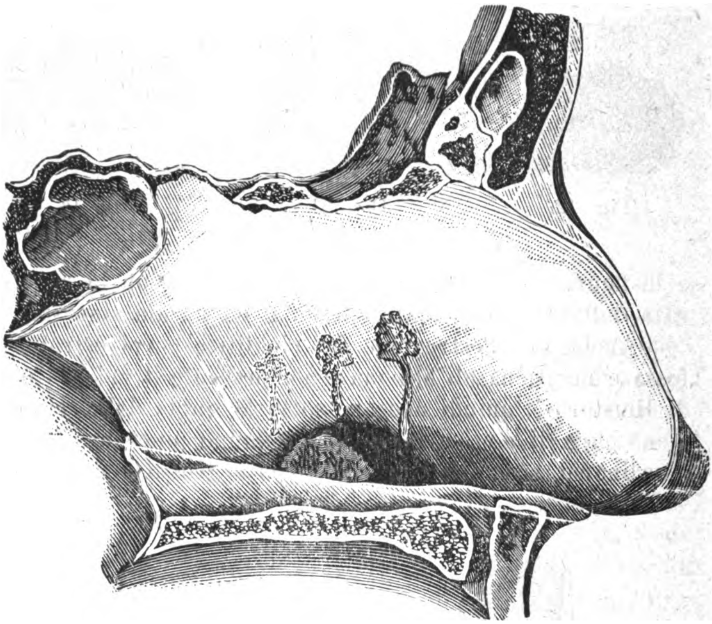


Fig. 16.

Come si vede nel mio Istrumentario per la rino-chirurgia interna (1), ho ideato delle palettine che innestate al manico unico per tutti gli istrumenti, s'introducono, con la guida della rinoscopia, al livello superiore del corpo estraneo spingendolo dall'alto in basso e da dietro in avanti per condurlo presso il vestibolo e narice; ivi arrivato esce da sè o gli si dà un'altra spinta perchè ne venga espulso.

Con questa tecnica si evitano i traumatismi dei seni sovrattutto sfenoidali e mascellari e specialmente della vôlta o solco olfattivo, che possono ripercuotersi sulla cavità cranica anteriore e fare deplorare financo infezioni piogene secondarie meningee mortali, come or sono alcuni anni, ebbi a constatare in un bambino a sette anni che si era introdotto nella fossa nasale sinistra un sassolino (2).

(1) Vedi descrizione e figure nel presente *Bollettino* 1894.

(2) Cozzolino. Le malattie del cervello, delle meningi e suoi seni da infezioni piogene internasali acute e croniche. III Lezioni. *La Clinica Moderna;* Pisa, 1897.

Estremità posteriori dei turbinati inferiori iperplastiche, mixomatose, polipose, causanti stenosi delle coane e sindromi catarrale e d'ipertensione tubo-timpanica (rumori, ipocupa con vertigine o senza).

Le turbinatotomie mucose parziali specialmente delle estremità dei cornetti inferiori, l'anteriore o vestibolare, la posteriore o coanale, ormai sono e diverranno sempre più numerose, così che non è più possibile contare il numero di

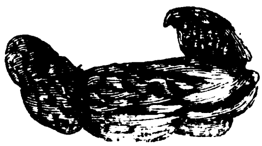


Fig. 17.



Fig. 18.

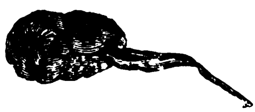


Fig. 19.

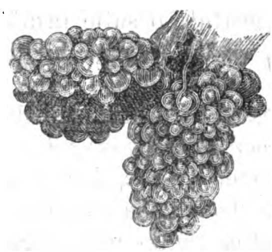


Fig. 20

quelle che possono praticare l'otologo e il rinologo in un anno per risolvere precise indicazioni etiologiche e patogenetiche, come dirò. Nel 1900 l'otologo Holmes Christian di New-York fece a quella Società otologica, un rapporto su *1500 operazioni per iperplasie dei turbinati, e sulla relazione tra queste e le flogosi dell'orecchio medio* (1), e nello stesso anno Quinlan fece un'altra comunicazione alla stessa *American Otological Society*, sulle *operazioni del turbinato medio e sui risultati in rapporto delle complicanze auricolari* (2).

Or dunque le turbinatotomie parziali sono entrate da oltre tre lustri nella terapia razionale delle ancora così dette

(1) *New-York med. Journal* sept. 29, 1900.
(2) *Arch. of Otology*, feb. 1901.

riniti croniche ipertrofiche, iperplastiche, che si dovrebbero chiamare *turbiniti croniche* più o meno iperplastiche, degenerative, mixomatose, cistiche, polipose, porrose ecc., dappoichè è la mucosa flogosata dei turbinati inferiori e medî quella che sostiene tutta la sindrome diretta, collaterale, diffusiva, ecc. della così detta rinite cronica, nome troppo vasto che non circoscrive la sede delle alterazioni.

Le turbinatotomie, o asportazioni della mucosa malata, valgono a ristabilire il calibro dei meati, delle nari anteriori e posteriori o coane, la cui funzionalità respiratoria, specialmente di queste è essenzialissima per la perfetta e normale aereazione tubo-timpatica, e quindi la turbinatotomia unilaterale o bilaterale rappresenta l' *indicazione etiologica e patogenetica per guarire completamente o mitigare le comunissime e molestissime sindromi auricolari da ipertensione timpano-labirintica:* rumori, ipocusia, vertigini, ecc., con o senza note nevrasteniche generali, o puramente otonevrasteniche (1).

Insistere ancora sui cateterismi tubarici, come fanno alcuni pratici, o sulle insufflazioni d'aria, praticate per mesi e mesi, quando manca la libera circolazione dell'aria ispirata dalle nari anteriori alle posteriori e faringe retronasale, è lo stesso che pretendere di voler guarire l'*ipocusia nei bambini per vegetazioni adenoidee, senza prima raschiare, asportare bene queste, specialmente se abbondano presso i padiglioni delle tube eustachiane.* Se vi sono quelli che ancora persistono nella pura terapia sintomatica palliativa propria dei tempi prerinoscopici e prefisiopatologici dell' otologia e della rinologia, vuol dire che mancò loro la progressiva educazione se non come patologi, al certo come, operatori.

Ormai non vi è più malato che non si convinca dell'utilità assoluta ed urgenza di tali atti rino-chirurgici, che decorrono tutti felicemente con la semplice occlusione della fossa nasale con la garza all' iodoformio 30 °/₀ per 2-3 giorni.

I pochi esempi di cui qui presento le figure appartengono a sofferenti di gravi sindrome d'ipertensione timpano-labirintica da insufficienza respiratoria del canale naso-faringo-tubario, e cito sovratutto quello riguardante la figura 19, che

(1) Cozzolino — Otonevrastenia essenziale ed associata ad otonevrastenia da otopatie e rinofaringopatie croniche. — Comunicazione alla Sezione d'otologia del Congresso medico internazionale di Roma, 1894. *Giornale Internazionale delle Scienze mediche,* Napoli, 1895.

dimostra un mixoma sulla coda del cornetto inferiore destro, perchè si trattava di un distinto giovane avvocato commerciale, divenuto sordastro, vertiginoso e nevrastenico, ed era stato condannato per semestri al metodo palliativo dei cateterismi, dannoso quando sono praticati oltre 15 a 20 senza provarne vantaggio.

Chi per poco dà uno sguardo agli atlanti di anatomia patologica delle cavità nasali, anche senza essere un patologo ricercatore, si convincerà della grande frequenza delle iperplasie degenerative semplici e polipose dell'estremità posteriore o coanale specialmente dei cornetti inferiori; note anatomopatologiche che trovano la loro spiegazione nella costituzione istologica di questa coda del cornetto, ricca di glandole e di tessuto adenoideo, d'onde l'opinione di alcuni, di paragonarla financo ad una tonsilla. Condizioni strutturali che non si riscontrano così perfettamente nell' estremità anteriore o vestibulare di esso cornetto, per cui la minore frequenza di iperplasie degenerative ecc., ad onta che le comuni irritazioni e stimoli di polviscolo atmosferico e suo contenuto batterico vi agiscono più direttamente che sulle estremità coanali degli stessi cornetti; però è da notare che la coana rappresenta un altro punto d'arresto delle impurità dell'aria inspirata.

Quì presento colla fig. 20, un caso non comune per la grandezza e bilateralità quasi identica di così notevole iper-

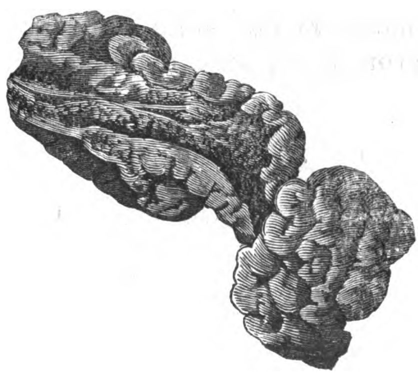


Fig. 21.

plasia papillomatosa delle estremità anteriori dei cornetti inferiori in un giovane sui 20 anni, da Cerce Maggiore (Benevento), tale da produrre atresia completa dei vestiboli delle due fosse, e quindi la relativa sindrome asmatica specie notturna, ipersecrezione nasofaringea e disturbi di tensione timpano-

labirintici in primo tempo, poi seguiti da infezione piogena bilaterale delle casse timpaniche.

La necessità di un calibro normale o quasi dei meati nasali e specialmente dell' inferiore, la cui continuazione si può dire essere l'ostio tubarico, affinchè si attui quello che io chiamo alla scuola *cateterismo naturale*, (ossia aereazione fisiologica della cassa per quantità e per forza inspiratoria lungo l' imbuto nasofaringo-tubarico), è ormai una verità dimostrata in tutti i modi dall' anatomia normale e patologica, dalla patologia sperimentale e dalla clinica, per cui è *assiomatico l'affermare che per riottenere una più normale tensione dell' apparecchio mobile ed elastico*, qual'è quello della trasmissione delle onde sonore — membrana, catena delle ossicina, suoi muscoli, ecc. — quando vi sono sindromi d'ipertensione pure flogistiche catarrali, *é mestieri procedere alle turbinatotomie parziali,* più frequentemente delle estremità posteriori dei cornetti inferiori, che negli *adulti costantemente sostengbno tali sindromi*, e spesso anche la cosiddetta faringite posteriore, più o meno ricorrente, per l'ordinario associata ad iperplasie follicolari della tonsilla retrofaringea o di Santorini.

Bolla etmoidale cistica del turbinato medio sin., con cavità suppurante che, data la linea di scolo del pus nel meato medio, simulava una sinusite purulenta cronica del seno mascellare.

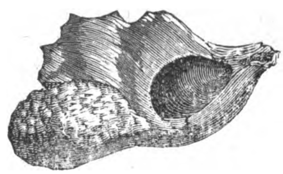


Fig. 22.

Un altro caso simile ho pubblicato nelle *Due tavole anatomo-patologiche di turbinati degenerati, di spine e creste del setto ecc.*, nel presente Bollettino, 1895. Questi casi avvalorano sempre quanto l'anatomia ci ha dimostrato specialmente con la metallo-corrosione circa alla grande varietà di grandezza, di numero, forma e disposizione delle cellule etmoidali, di cui alcune, e precisamente quelle dei turbinati medî pos-

sono sostenere scoli nasali cronicissimi muco-purulenti dai labirinti etmoidali anteriore e posteriore, poichè possono essere provviste di cavità cistica suppurante con relativo ostio.

La letteratura rinoiatrica inglese ne conta una buona casuistica.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli diretto dal prof. Ferdinando Massei.

Tubercolosi della faringe (forma luposa)

NOTA CLINICO-ISTOLOGICA

per il Dott. FRANCESCO GAITO

Assunta P. . . . di anni 8 da Napoli si presenta alla osservazione nel settembre u. s. per una lesione al faringe. La bambina è assai denutrita, ha cute pallida, mucose fortemente anemiche: alle regioni latero-cervicali ed a tutte e due le regioni epitrocleari ed inguinali si palpano piccoli gangli, spostabili, indolenti. Il torace è piccolo, con maggiore sviluppo del lato destro e con gli spazi intercostali molto ravvicinati: a destra scende rettilineo, mentre al lato opposto segue la curvatura delle false costole ; le scapole alate.

Alla percussione nulla d' importante; l'ascoltazione lascia notare pochi rantoli alle basi polmonali.

L' inferma accusa difficoltà nella deglutizione e modica disfonia.

Il padre, di anni 47, operaio disegnatore, è uomo di costituzione scheletrica mediocre: giovanotto si contagiò di un'ulcera, alla quale seguì suppurazione dei gangli inguinali del lato destro. Sedici anni fa fu colto da dolori nelle articolazioni del ginocchio ed in corrispondenza delle vertebre sacrali: dolori che scomparvero in seguito alla cura iodica. Attualmente all'osservazione si notano piccoli gangli all'epitroclea ed all' inguine sinistro, ed all' occhio destro postumi di cheratite traumatica.

La madre, di anni 44, è di costituzione linfatica, scheletro sottile, con pannicolo adiposo scomparso, cute pallida e sollevabile in grosse pliche, sistema glandolare maggiormente palpabile alle regioni latero-cervicali. Presenta anch'essa, diversità di sviluppo della cassa toracica; mancano lesioni polmonali in atto.

Racconta che, prima di sgravarsi della bambina andò incontro a metrorragie profuse per 15 giorni.

Deì fratelli dell'inferma il primo gode buona salute; una sorella é affetta da malattia nervosa, che non si riesce a diagnosticare dalla relazione dei parenti: il terzo fratello nacque morto a sette mesi, un'altra sorella è affetta da rachitide, è cieca dall'occhio destro per cheratite ed è sorda dall'orecchio dell'istesso lato. Quinta nacque l'Assunta ed ultimo un bambino che morì a 18 mesi in seguito a crup.

*
* *

L'osservazione della ragazza fa rilevare, su tutta la faringe, la mucosa in parte ulcerata, in parte sollevata in grossi mammelloni, numerosi e ravvicinati tra di loro.

La mucosa è enormemente pallida, sanguina al più lieve toccamento ed è cosparsa di pus giallo-verdastro, che in alcuni punti è assai tenace, rapprendendosi in guisa di croste o membrane.

Le tonsille sono normali, le coane libere: non ha nulla di notevole nella laringe, se si eccettui un leggero ispessimento delle corde vocali, le quali sono pure fortemente anemiche.

L'orecchio destro presenta la membrana timpanica ispessita e di un colore madreperlaceo con scomparsa del triangolo luminoso.

Il condotto uditivo è rettilineo, tanto che la membrana si osserva senza bisogno di speculo. Le identiche note a sinistra, dove si osservano anche, poco in avanti del trago, due piccole produzioni sessili ognuna della grandezza di una lente, che, unite per la base, corrispondono a questa cartilagine.

*
* *

Relativamente alla tubercolosi delle mucose si sa che i tubercoli si formano in queste regioni negli strati sottomucosi, i quali si mostrano spessi ed infiltrati da cellule embrionali, che si riuniscono in masse e noduli di diversa grandezza, per lo più a forma rotonda, e disseminati senza ordine.

Le parti della faringe più soggette alla tubercolosi sono, secondo *B. Fränckel*, la regione tonsillare ed il palato molle. *E. Fränckel* in 50 cadaveri di tisici trovò 29 volte alterazioni nello spazio naso-faringeo, di cui 8 interessavano le tonsille faringee. *Ridd* in 500 autopsie trovò 4 casi di tubercolosi del velo pendolo e 7 del faringe, ed il *Lublinsky* vide 17 casi di tubercolosi faringea.

Quando i noduli tubercolari si ulcerano, questi presentano in primo luogo il carattere lenticolare, cioè sono perdite di sostanza superficiali, le quali si allargano più in superficie che in profondità, con fondo untuoso, lardaceo, e secrezione densa, caseosa, purulenta. I margini delle ulceri sono piani, erosi irregolarmente, e sono circondati da un alone infiammatorio. La forma miliare della tubercolosi faringea è molto rara e fu riscontrata solamente, intra vitam, in un caso dallo *Schnitzler*.

Ciò premesso, ecco la descrizione dei miei preparati. I pezzetti esaminati furono asportati mediante la pinza a spezzettamento di Hartmann e fissati immediatamente in alcool assoluto. Essi avevano la grandezza e la forma di una lente ed avevano un colorito roseo molto pallido.

Le sezioni furono praticate in modo da comprenderne tutti gli strati e furono fissate in serie sui vetrini con acqua distillata, per procedere indi alle colorazioni con ematossilina ed eosina, ed a quella speciale per la ricerca dei bacilli.

Si fecero pure delle inoculazioni alle cavie; attualmente però non si osserva ancora la lesione sperimentale.

All'esame istologico si nota: che l'epitelio pavimentoso stratificato, fortemente ispessito, manda dalla superficie verso l'interno grosse propaggini, le quali alla loro

volta si anastomizzano tra di loro e presentano in alcuni punti delle produzioni perfettamente simili a quelle conosciute col nome di perle epiteliali. Altrove invece si nota più un aspetto papillomatoso, sebbene questi punti sieno molto più scarsi relativamente agli altri, e si notano pure gli sbocchi di alcune ghiandole mucipare.

La superficie esterna di quest' epitelio in altri punti è ulcerata; gli strati della sottomucosa corrispondono direttamente alla periferia delle sezioni.

Tutta la sottomucosa è infarcita da elementi embrionali, i quali, dall'alto delle papille sino alle parti più centrali del tessuto, formano un'infiltrazione compatta, che in certi punti circonda degli isolotti di epitelio. L'infiltrazione, a sua volta, tende a raggruppassi come in masse ovalari (da non confondersi con i follicoli che normalmente esistono) al centro delle quali si notano delle cellule con nucleo vescicolare ed abbondante protoplasma. Nei punti limitati, ove essa è scarsa, si osserva che gli elementi embrionali circondano i capillari, accumulandosi ancora attorno ad alcuni vasi di grosso calibro. Non si sono rinvenuti tubercoli completi, sul quale mancato reperto ritorneremo tra breve.

***

Le diagnosi cliniche che in tal caso si potevano meglio ammettere erano due; o di faringite ipertrofica, o di tubercolosi (forma luposa).

Per la prima stava soltanto, in certo modo, l'aspetto della lesione, quantunque tutta quella produzione su la superficie faringea, di mammelloni numerosi fortemente pallidi, alcuni ulcerati, già imponesse un certo riserbo.

Poi, stava contro l'età della bambina, non essendo possibile riscontrare una siffatta forma di faringite in una fanciulla di appena otto anni. Tutto invece lasciava propendere per la diagnosi di tubercolosi. Così l'esame somatico ci fece notare il difettoso sviluppo del torace, le scapole alate, i piccoli ingorghi glandolari e l'esistenza di un lieve catarro bronchiale, che però, non può ritenersi con certezza di origine specifica e per la sua ubicazione e per

la mancanza di bacilli di Koch nell'espettorato. A maggiormente convalidare il sospetto di tubercolosi stanno i dati raccolti dall'esame della madre e quelli che si riferiscono ai fratelli avuti, specialmente alla sorella affetta da rachitide.

L'esame istologico se non lascia osservare i tubercoli completi, d'altra parte contraddice del tutto a quello di una faringite ipertrofica, poichè, in questo caso, avremmo dovuto osservare, con l'ipertrofia, conservato il tipo di struttura della mucosa faringea, mentre invece l'abbondante proliferazione epiteliale e sua ulcerazione, la infiltrazione e disposizione degli elementi embrionali, l'aver rinvenuto in mezzo a questi ultimi alcune cellule di aspetto epitelioide, sono tutti caratteri di quella che, sino a pochi anni or sono, veniva descritta come forma luposa delle mucose. Che se per altro si volesse muovere appunto a tale diagnosi con l'osservare che i bacilli di Koch non furono trovati, nè nello sputo, nè su le sezioni, potremmo rispondere che qui si tratta di forma primaria della tubercolosi della faringe; della cui entità non è possibile dubitare, dopo che sperimentalmente è stato ottenuta la tubercolosi *primaria* delle mucose (1) e che per riscontrare i bacilli c' è bisogno di centinaia di tagli in serie, come pure c' è bisogno di questi per riscontrare i tubercoli completi, mentre il materiale, di cui s' è potuto disporre, anche per la sua piccolezza, non ha permesso di completare le ricerche in tale senso.

Con tutto ciò questa è una forma di tubercolosi faringea (forma luposa); ed un tale asserto è convalidato dal risultato favorevole della cura intrapresa. Non appena asportati i pezzetti per l'esame, essendo fortemente propensi ad ammettere la forma tubercolare, ponemmo in atto la cura adeguata del raschiamento della mucosa previa asportazione con la pinza di spezzettamento dei pezzetti più grossi, e consecutiva medicatura all' iodoformio sospeso in etere. Con tale metodo curativo potemmo vedere la fa-

(1) *Martuscelli.* Relazione fatta al Congresso della Società Italiana di Laringologia, 1900.

ringe tornare quasi al normale, tanto che l' inferma si dichiara contenta dell'esito, avendo ottenuto la cessazione di tutti i fenomeni che prima la molestavano. Attualmente la mucosa s' è resa uguale, di buon colorito, senz' alcuna secrezione od ulcerazione e però la lesione oggi può dirsi, clinicamente, guarita.

***

Tenuto conto della importanza dell'osservazione e dell'esito fortunato della cura ho voluto pubblicare il caso, anche perchè conferma:

1° Che esiste una forma di tubercolosi faringea, senza altre lesioni specifiche (nasali, laringee, polmonali ecc.).

2° Che questa si può rinvenire in tenera età.

3° Che la diagnosi va fatta tenendo conto, tanto dell'esame clinico come dell' istologico, non bastando in molti casi l'attenersi ad uno solo di essi.

4° Che la cura eseguita sul principio della manifestazione, oltre a garentirci meglio della guarigione, è un altro prezioso dato per la diagnosi.

Sinechiotomo palato-faringeo

pel Dott. E. GUARNACCIA (Catania)

Uno degli esiti non rari del terziarismo sifilitico è la formazione di sinechie totali o parziali fra l'arcata palatina e la parete faringea, le quali sinechie si presentano come briglie più o meno rigide, di tessuto cicatriziale, duro, sclerotico.

I disturbi che affliggono i pazienti si riferiscono sia alla deficiente od impossibilitata permeabilità respiratoria nasale, sia alla alterata deglutizione, ed in massima parte, alla fonazione, per ciò che la voce assume un timbro nettamente nasale e si rende quasi impossibile la risonanza delle consonanti nasali. Spesso possono aversi disturbi della sfera uditiva (mancata funzionalità per stenosi completa o parziale della tuba eustachiana).

In questi casi i pazienti domandano insistentemente di essere liberati da questi disturbi.

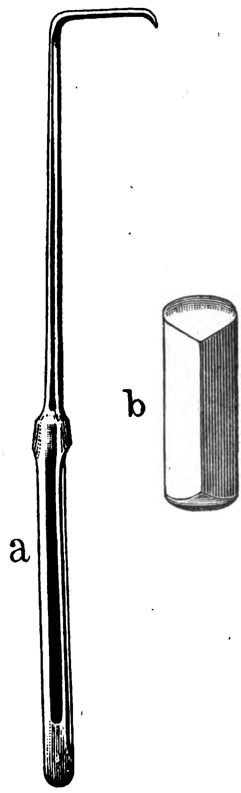
Mancava nello strumentario speciale un coltello adatto a tagliare queste briglie; si usava, per lo più, una forbice od un coltello retto a punta quasi smussa e si operava facendo stare il paziente colla testa fortemente piegata in indietro, per ottenere in certo qual modo, che l'asse del canale naso-faringeo fosse nella medesima direzione del cavo orale. In questo modo non si otteneva mai un taglio assoluto di tutte le briglie cicatrizionali che fatalmente si riproducevano, anzi più tenacemente di prima. Ricorderò sempre un caso analogo, le briglie però erano per scleroma, visto operare nel Policlinico di Vienna dal prof. Chiari, e con poco risultato pratico.

Un comune divaricatore angolare per l'operazione radicale della mastoide mi suggerì l'idea che con opportuno taglio laterale potesse servire all'uopo; per ottenere che un solo strumento servisse per il lato destro e pel sinistro ho fatto formare nella faccia esterna dello strumento un piccolo rilievo nel mezzo e da questo degradare il taglio. Il margine esterno è smusso.

Ecco come mi son comportato per l'atto operativo:

Se la chiusura è completa, come mi è occorso in due casi, introduco dal cavo nasale una sonda di Belloc, in modo che la punta bottonuta di questa, dia un rilievo al centro della membrana occludente, (se l'ugula è conservata dietro di questa): incido con una comune forbice retta tanto da fare una piccola apertura. Introduco in questa un divaricatore simile in tutto al sinechiotomo, tranne che nella mancanza di taglio tiro con moderata forza in avanti tanto da avere dietro questo, uno spazio, ed introduco il sinechiotomo.

Facendo compiere a questo dei movimenti di lateralità, come a sega, si arriva con la massima precisione ad uno sbrigliamento completo.



a) Lo strumento visto di profilo grandezza metà del naturale.
b) Lato tagliente-grandezza naturale.

Per evitare che i tessuti si risaldino si avrà cura per 4-5 giorni di introdurre dal cavo nasale una comune sonda esofogea di piccolo calibro di gomma indurita semi rigida ed assicurarsi della pervietà dello spazio faringo-palatino.

Sinora ho operato sette pazienti, di cui due con chiusura completa, e ne ho avuto risultati soddisfacentissimi e duraturi.

RASSEGNE

1. **Un caso di algia mastoidea d'origine isterica**; pel dottor G. Gellè. — L'A. riferisce di una giovane di 18 anni che al seguito di un doppio e grave choc morale avvenuto a 14 anni cominciò ad avere un dolore alla regione mastoidea destra. Questo dolore era assai intenso, ma sopportato; in seguito ad una angina si acutizzò in modo straordinario. All'esame della paziente fu diagnosticata una mastoidite e praticata la trapanazione dell'apofisi. L'orecchio non aveva mai suppurato: i dolori sostarono per 15 giorni, poi ritornarono.

L'A. all'atto della visita trovò la cicatrice e la regione mastoidea dolentissime al solo fregamento di un tampone d'ovatta; condotto uditivo esterno normale; non è più dolorosa la pressione forte che il fregamento e quella basta a produrre una irradiazione al lato destro del collo con uno spasmo simulante il torcicollo *ab aure laesa.* Vi è una enorme zona iperestesica occupante il padiglione, il condotto cartilaginoso e l'intorno dell'orecchio. L'udito pare normale, ma si può mal valutare. Nella faringe vi è una zona d'iperestesia snl pilastro anteriore e metà del velo-pendolo a destra.

Rivista l'ammalata dopo qualche giorno si trovò sordità a destra, mentre al primo esame non c'era.

L'ammalata preseatava altre stimmate isteriche e l'A. ritenne che si trattasse semplicemente di fatto isterico; la cura fu più che altro psichica e portò un miglioramento notevole, duraturo mentre l'operazione non dette sollievo che per pochi giorni. Perciò quando ci si trovi in presenza di un malato con vivi dolori alla regione mastoidea e quando manchino segni evidenti di processi infiammatorî, l'A. consiglia sempre di andare a pensare alle forme isteriche, il pensarvi solo ed il far ricerca degli altri segni d'isterismo basterà a mettere sulla via per evitare errori di diagnosi ed interventi inutili su di un tessuto sano. Un carattere degno di nota è per il Gellé la superficialità del dolore e la sua intensità sempre maggiore nelle forme isteriche che in quelle con reale substrato infiammatorio.

Per riguardo alla terapia essa non deve essere chirurgica, ma più che altro si faccia della psicoterapia; se vi sono lesioni auricolari le si trattino il più sobriamente possibile non facendo che il puro necessario. Solo in qualche caso un simulacro d'operazione potrà agire a titolo suggestivo. *(Dagli Archives internationales de laryngologie, etc.* Gennaio-febbraio 1902). Ligorio.

2. **Sopra alcune tracheotomie eseguite in casi di croup**; per il dottor Silvio Rolando. — L'A. ha eseguite ventitre tracheotomie in bambini affetti da croup ottenendo 14 guarigioni, media di esiti felici superiore a quella ordinaria. Nei bambini nei quali si produsse la morte, questa avvenne sempre per diffusione della malattia ai pol-

moni. Nei guariti la febbre cessò al secondo od al terzo giorno e la cannula fu levata sollecitamente dopo circa 48 ore. Non si ebbero mai manifestazioni difteriche sulla ferita.

Il Rolando attribuisce questi buoni effetti all'uso razionale del siero anti-difterico. (*Annali di Otologia e Laringologia*, anno III, n. 1, 1902). V. G.

3. **Note sur l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur dans le traitement de l'angine à bacilles fusiformes et à spirilles de Vincent.** (*Nota sull'uso del bleu di metilene chimicamente puro nella cura dell'angina a bacilli fusiformi e a spirilli di Vincent*): per A. Siredey, *medico dell'Ospedale Saint Antoine.* — In un caso di malattia di Vincent, diagnosticata batteriologicamente, l'A., nel procedere alla solita cura colle pennellazioni di tintura d'iodio, osservò, che mentre le parti sane si colorivano in bruno, le membrane invece non fissavano quasi affatto l'iodio. Pensò perciò di valersi del bleu di metilene, una delle poche sostanze con cui si riesca a colorire i bacilli fusiformi e gli spirilli di Vincent. Fece dunque una volta ogni ventiquattro ore una applicazione di questo medicamento sulle lesioni esistenti: queste non tardarono a scomparire, ottenendosi la guarigione in meno di una settimana, fatto assai notevole in un affezione, che, resistentissima ai varii mezzi terapeutici, dura in media 5 o 6 settimane e anche più. Poche settimane dopo i dottori Chauffard e Simonin segnalavano ciascuno un caso di angina tipica di Vincent, di natura fuso-spirillare, guariti in tre giorni colle applicazioni di bleu di metilene. La tecnica è semplice: si porta con un pennello il bleu di metilene finamente polverizzato e chimicamente puro, sulle ulcerazioni e le membrane premendo leggermente per farlo penetrare nelle pieghe e nelle cripte tonsillari. Per togliere l'intensa colorazione ed il sapore sgradevole basta che il paziente qualche minuto dopo l'applicazione, si risciacqui la bocca con acqua bollita. Non si ebbe a verificare alcun inconveniente. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, ecc. n. 3, marzo 1902). Hahn (Torino).

4. **La Toux de compression, son importance pour le diagnostic des retrécissements des bronches (adénopathies et tumeurs du médiastin)**; (*La tosse da compressione, sua importanza per la diagnosi dei restringimenti dei bronchi* (*adenopatie e tumori del mediastino*); Pel dott. I. Garel.

L'A. denomina *tosse da compressione* una varietà di tosse con caratteri simili a quelli della tosse convulsiva, ma che se ne distingue, per una tonalità rumorosa e profonda e per il suo timbro cavernoso, e basandosi su numerose osservazioni, la reputa assolutamente patognomonica di una compressione bronchiale: una tale tosse si osserverà ogni qual volta un tumore qualunque situato nel mediastino verrà a far pressione sopra una delle divisioni dell'albero tracheobronchiale, producendovi un restringimento il quale, negli sforzi bruschi di espirazione, darà origine ad un rumore caratteristico.

Nella letteratura delle adenopatie e dei tumori del mediastino,

questa tosse è designata con nomi diversissimi: tosse coqueluchoide, tosse ferina, rauca, sonora, vibrante, cavernosa, e viene citata solo come un sintomo volgare senza importanza in confronto degli altri sintomi rivelati dai mezzi fisici d'esplorazione del torace. Per Garel al contrario, essa sarebbe il segno capitale, primordiale, e che da solo basta per affermare l'esistenza d'un restringimento bronchiale per lesione del mediastino; sarebbe cioè l'indizio che orienterebbe la diagnosi in senso perfettamente determinato verso un affezione qualsiasi del mediastino, e più precisamente verso le adenopatie bronchiali nei giovani, e verso i tumori, e specialmente l'aneurisma latente nell'aorta nell'adulto. La tosse di compressione è tal sintomo che si presenta già in un periodo in cui il tumore è ancora nascosto nella profondità del torace e non dà alcun segno esterno che fissi l'attenzione; è quindi anche un'utilissima guida per la diagnosi, spesso così difficile delle adenopatie tracheo-bronchiali. Prezioso coadiuvante sarà pure la radioscopia, notando però che, anche se questa fosse negativa, ciò non basterebbe per far rigettare la diagnosi, perchè nei bambini si riscontrano spesso all'autopsia adenopatie bronchiali non svelate dalla radioscopia. Cita brevemente l'A. vari casi tipici di diagnosi stabilite sulla sola tosse da compressione — (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, ecc.* n. 3, marzo 1902.

R. Hahn (Torino).

5. **Ozena e congiuntiva**; per il dott. G. Lodato. — Dal *Bollettino d'oculistica* del prof. A. Simi, anno XXI, 1902, togliamo queste notizie che interessano l'esercizio delle nostre specialità.

Il Lodato da una serie di osservazioni cliniche e sperimentali propende a ritenere che le tossine dei microbi dell'ozena, specialmente se associate, posseggono piuttosto il potere di eccitare la virulenza dei comuni piogeni, anzichè azione flogogena vera e propria. Infatti si videro per esse soltanto fatti iperemici — i quali per altro possono costituire terreno adatto alle infezioni — ed eccezionalmente una lieve essudazione nel forame pupillare. (*Archivio d'oftalmojatria,* V, IX, pag. 3-4).

V. G.

6. **Le complicazioni orbito-oculari delle sinusiti**; per il dottore De Lapersonne. — L'A. tende a dimostrare che queste complicazioni non sono tanto dovute alle azioni riflesse od alle congestioni venose passive, quanto principalmente all'infezione. La diffusione del processo morboso all'orbita od all'occhio sono più frequenti che non si creda: in addietro molte affezioni credute primitivamente oculari vennero curate senza riconoscere che erano secondarie ad una sinusite. Riguardo alla frequenza del caso l'A. ritiene che in media esso si verifichi nel 20 % dei malati.

Si possono così avere degli ascessi orbitari con o senza esito in una fistola con tutte le sue gravi conseguenze, oppure può accompagnarsi con vaste necrosi delle pareti orbitarie. Altre volte si formano dei mucoceli che crescono lentamente e possono portare gravi spostamenti del globo oculare.

Circa agli annessi dell'occhio è stata notata la dacriocistite, o delle alterazioni della glandola lacrimale, ciò il più spesso nell'empiema del seno mascellare; nei muscoli si è vista la paralisi del grande obliquo per lesione della parete inferiore del seno frontale, talora delle paralisi transitorie o definitive hanno colpito i retti o l'elevatore della palpebra sup.

Sono state riscontrate pure delle irido-coroiditi, la iperemia della papilla, la nevrite ottica, la trombosi della vena centrale della retina e fino l'atrofia della papilla. Tra i disturbi funzionali meritano di esser ricordate, l'astenopia accomodatrice, la diminuizione dell'acutezza visiva centrale e la limitazione del campo visivo.

La patogenia di queste complicazioni si comprende facilmente quando si tratti di forme suppurative; ma è più difficile per quelle non suppurative che colpiscono il globo oculare, è per queste che furono emesse le teorie sulla congestione venosa e sull'azione riflessa. L'A. non è disposto ad accettare queste opinioni, infatti questa stasi venosa non è stata riscontrata nei casi in cui fu fatto l'esame del fondo dell'occhio e questa azione riflessa della mucosa dei seni è assai problematica. Piuttosto si possono addossare i fatti funzionali all'intossicazione per riassorbimento di pus, la quale è capace di alterare gravemente lo stato del globo oculare e le sue delicate funzioni.

Concludendo dunque l'A. richiama con questo lavoro l'attenzione dei pratici su tutta una serie di fatti capace se trascurata di far cadere in errori deplorevoli. (Dalle *Presse médicale*, 3 maggio 1902).

LIGORIO.

7. Sulla localizzazione corticale del centro dell'odorato e del gusto, Ricerche sperimentali del dott. G. SACCONE med. di prima classe. — Mentre per le ricerche del Munck, del Ferrier, del Fasola, del Broca, dello Zuckerkandel ecc., si tendeva ad ammettere che il suddetto centro fosse nella circonvoluzione dell'ippocampo (ma in punti diversi a seconda dei vari ricercatori), il Bianchi potè dimostrare che un cane, il quale poi all'autopsia presentava i due ippocampi distrutti per rammollimento, e ridotti ad una ciste piena di liquido, s'indirizzava sempre alla località dove trovavasi il cibo, e mangiava avidamente o poco a seconda che gli si offrivano cibi più o meno graditi.

Il Luciani poi vorrebbe che questo centro si trovasse in una zona che va dall'ippocampo al lato temporale, e da questo alle circonvoluzioni limitrofe e soprastanti alla scissura di Silvio, mentre l'Ogle presenta delle osservazioni di anosmia e di ageusia in seguito a semplici traumi sul vertice del capo e sull'occipite.

Ora tale disparità di opinioni è stata appunto la causa degli esperimenti dell'A. che egli pure ha intrapreso per la ricerca del suddetto centro, che assicura condotti col massimo scrupolo, e che ha praticato sui cani di media età e di perfetta sensibilità e funzionalità nervosa, allo scopo di andare il più possibile esente da errori o da false apprezzazioni. L'A. ha sperimentato sulle sole circonvo-

luzioni del corpo calloso, ed ecco quanto ha potuto concludere sui resultati ottenuti.

1.° La circonvoluzione del corpo calloso è in istretto rapporto con le funzioni di tutti i sensi. E' anche in istretto rapporto con la funzione motrice. Essa sarebbe una di quelle regioni, nelle quali come dice il Luciani avviene una conglobazione di diversi centri sensoriali.

2.° Le fibre sensitive e motrici, emananti dagli elementi della circonvoluzione del corpo calloso, subiscono una totale decussazione.

3.° La circonvoluzione del corpo calloso è un possibile centro dell'olfatto, però nella sua metà anteriore, e non già una via di passaggio delle fibre olfattive.

4.° Il centro del gusto non ha dipendenza nè rapporto col centro dell'olfatto, nè ha sede nella circonvoluzione del corpo calloso.

5.° L'una circonvoluzione prende la funzione dell'omonima, quando questa è stata lesa. (*Annali di Medicina navale*, anno VIII, 1902. vol. I, fasc. III, marzo. Dott. R. Montelucci.

BIBLIOGRAFIA

Sir Felix Semon. *Some thoughts on the principles of local treatment in diseases of the upper air passages;* (Alcune considerazioni intorno ai principii del trattamento locale nelle malattie delle vie aeree superiori).

Trattasi di due letture fatte al « *Medical Graduates College* and *Policlinic* » nell'ottobre dello scorso anno, il contenuto delle quali ha già suscitato vivaci polemiche in Inghilterra e ne susciterà certo ancora sul continente, ed altrove, a misura che sarà conosciuto.

La posizione sociale che l'oratore — straniero — s'è fatta in Inghilterra, dove passa per il « leader » dei Laringologisti; il suo nome, la sua esperienza, i suoi scritti..., tutto contribuisce a dare a questo suo ultimo lavoro un' importanza eccezionale; per cui sarà molto letto, e molto discusso; mentre siamo certi che, se fosse stato scritto da una personalità meno nota, il più dei rinologisti e dei laringologisti, avrebbe trovato più comodo seppellirlo rapidamente sotto una valanga di vituperi, o sotto il masso schiacciante d'uno studiato silenzio e.... *requiescat in pace*.

Vediamone prima brevemente il contenuto.

I sintomi e le manifestazioni oggettive che s' hanno nelle malattie delle vie aeree superiori son dall'A. così classificati: 1° — Affezioni a carattere puramente locale; 2° — Manifestazioni locali di malattie generali o sistematiche; 3° — Manifestazioni locali nel naso e nella gola dipendenti da affezioni locali nelle aree correlative; 4° — affezioni delle vie aeree superiori che si suppone esercitino un'influenza (diretta o riflessa) sulle altre parti del corpo; 5° — Sintomi locali e sensazioni di origine oscura; 6° — Necessità di osservare una giusta proporzione tra la gravità della malattia e quella dell'atto operativo.

Nelle affezioni a carattere puramente locale, quali ad es. le infiammazioni acute e croniche, gli ascessi, i tumori, i corpi stranieri le ipertrofie ghiandolari, ecc., l'Autore propugna una cura locale

pronta, energica, senza perder tempo in vane aspettative. Occorre però che questo trattamento locale sia realmente necessario e..... surtout pas trop de zéle. Non ogni piccola cresta o spina nasale richiedono la sega o lo scalpello, come non ogni piccola tumefazione della muccosa dei turbinati richiede il galvanocanterio, o l'ansa. Una goccia di pus nel meato medio, una piccola ipertrofia dell' estremo post. dei cornetti inferiori, un piccolo gruppo di adenoidi, due o tre granulazioni od una vena dilatata nella pareto posteriore del faringe, una leggerissima ipermegalia dell'ugola o un piccolo nodulo dei cantanti, son lungi dal richiedere l' intervento armato. Cerca di stabilire le indicazioni per l'operazione della ipertrofia adenoide, che sarebbero: vegetazioni tipiche, col corteggio dei fenomeni noti, e sintomi *permanenti*. Qui l'operazione è assolutamente necessaria, mentre quando i sintomi sono intermittenti, o mancano, l'operazione dev'essere aggiornata o tralasciata. L'A. dà la regola per operare le vegetazioni adenoidi, che si compendiano nei seguenti precetti: operazione a fondo, cloroformio per l' anestesia, bambino a letto per 24 ore dopo l'operazione; in casa per altri 3 giorni; nessun antisettico sulla località operata.

Nel trattamento della tubercolosi laringea Semon opina doversi individualizzare. Non toccare le infiltrazioni. Quando vi sono una o poche ulcerazioni superficiali, e ben limitate, spec. se sulle corde vocali, vere e false, e sulla muccosa interaritenoidea, il trattamento locale è buono. Qui il raschiamento e l'acido lattico danno degli eccellenti risultati. Ma quando tutta, o quasi tutta, la muccosa è ulcerata, tanto più se v' ha pericondrite o condrite, carie e necrosi cartilaginea, *nessun trattamento locale è indicato*. Qui son solo ammessi i palliativi, di cui il migliore è l'ortoformio. Lascinsi tranquilli i malati con febbre etica forte e cachessia. Egualmente, nella sifilide, l'A. è per il trattamento locale solo quando è necessario, e non trova punto convenienti le giornaliere pennellature delle ulcerazioni.

Ammette l'efficacia del trattamento locale nelle paralisi laringee da causa centrale. Ma quando trattasi di paralisi da compressione del vago, del ricorrente, di stenosi della trachea, di infiammazioni da ostruzione nasale, la cura locale è inutile se non togliesi prima la causa. Ciò vale specialmente per le ostruzioni nasali. E qui l' A. s'eleva contro la ridicola pretesa di voler far dipendere ogni lesione dal naso, e contro la smania di trovar sempre qualche operazione da fare. Sferza il sistema invaso di impaurire il pubblico collo esagerare gli effetti dell' *insufficienza* nasale, sopratutto non comprendendo come una moderata ostruzione nasale unilaterale possa influire sulla ventilazione dell'orecchio, dal momento che vide l' orecchio restare intatto in caso di ostruzioni nasali complete da polipi.

Venendo a parlare delle *nevrosi riflesse* critica aspramente lo abuso che si fece di questo concetto. Non condanna tutta la dottrina di dette nevrosi, sì bene l'esagerazione che se ne fece. Cita dei casi a lui noti, ed anche qualche grossolano errore di diagnosi in cui caddero specialisti trasportati dalla corrente di una teoria alla moda.

Vi sono malati che ricorrono allo specialista e presentano sintomi locali e sensazioni di origine oscura, e che han, troppo soventi, la disgrazia di cadere nelle mani di gente proclive a trovare la spiegazione delle sofferenze del malato in triviali od immaginarie deviazioni dal normale, che esisterebbero nel territorio delle vie aeree superiori. Fa vedere come è precisamente qui che gli errori di diagnosi abbondano, e ricorda un caso in cui fu tagliata l' ugola perchè fu creduta la causa di un' afonia, dipendente, invece, da paralisi della corda vocale sinistra da aneurisma aortico; un altro caso in cui una disfagia da paralisi bulbare fu creduta dipendente da vari-

cosità delle vene della base della lingua, e curata, molto inutilmente e molto inopportunamente con cauterizzazioni galvaniche di dette varici!

Anche per i casi in cui l'intervento operatorio è indicato, l'A. trova che si esagerò molto nell'ideare ed applicare trattamenti inadeguati.

Così non può a meno di criticare aspramente la cura radicale dei polipi nasali ideata da L. Lack, che fu, in un malato di sua conoscenza, causa diretta di meningite. Così pure rigetta le cure energiche proposte contro la cheratosi, come rigetta la pratica di resecare le code dei cornetti inferiori più o meno ipertrofiche, la pratica delle turbinectomie totali e l'estirpazione totale del laringe per cancro che I. Mackenzie vorrebbe elevata a sistema, invece di attenersi a cure più conservative.

Insomma, queste due letture del riputato laringologo Londinese sono una acerba requisitoria contro la smania operativa che ha invaso da qualche tempo a questa parte la grandissima maggioranza degli specialisti. Egli biasima l'andazzo che deriva dal principio di voler trovare, a tutti i costi, una causa anatomica ai disturbi che accusa il paziente. Si cerca, si indaga, si trova, (caso frequentissimo) una piccola deviazione dal normale, si gongola di gioia all'idea di aver scoperto il malfattore, si dà mano agli strumenti, e si demolisce ... un'innocente! Ci perde il malato, e la riputazione della nostra scienza.

La botta è grave, non c'è che dire; e più di uno tra coloro che se la possono sentire diretta non vorrà lasciarla senza risposta.

E le risposte non saranno molto difficili tanto più che, a nostro giudizio, l'egregio conferenziere, volendo combattere le esagerazioni nelle quali altri cadde, o può cadere, sì nella cura locale che nel trattamento operatorio delle affezioni in discorso, esagera egli medesimo in iscrupoli che non tutti, anche fra coloro che han la coscienza di esercitare la specialità nel modo più onesto e corretto, possono certo dividere. Che vi sieno dei medici che han la mania, la voluttà di operare, sta bene; ma sta anche il fatto che si danno assai spesso dei malati che han la voluttà di essere curati con rimedii locali, ed anche operati. E a costoro, specialmente, perchè far mendicare un gargarismo, una lavatura od una pennellatura quando si sa che non può nuocere, ammesso pure che non faccia gran che di bene?

Conoscemmo molti anni fa un'oculista, altrettanto bravo professionista che brav'uomo, che, quantunque convinto che il miglior rimedio per combattere l'ambliopia alcoolico-nicotinica era quello di suggerire ai suoi malati l'astensione dal bere e dal fumare, tuttavia li faceva venir giornalmente al suo ambulatorio per far lor fare dai suoi assistenti un'iniezione ipodermica di acqua distillata. Perchè, diceva, aveva appreso per esperienza che tali malati non si accontentavano di un consiglio e, quel ch'è più, non lo seguivano, mentre s'addattavano molto meglio alla imposta privazione se, contemporaneamente, loro si faceva qualcosa che avesse l'aria di una cura diretta contro la malattia. E ciò ridondava a tutto loro vantaggio. A noi parve che quel collega pensasse ed agisse ben saggiamente.

Sembraci, invece, che molto più ragione abbia il Semon nel condannare l'abuso degli atti operativi. Certo egli ha buon gioco quando viene coi fatti alla mano, e vi cita degli atti operativi eseguiti dietro errori di diagnosi, non sempre perdonabili. Simili errori sembrano tanto più possibili in quanto che ogni anno che passa cresce il numero degli specialisti che han perduto ogni contatto, diremo così, colla medicina generale, o che non han mai fatto il medico un'istante solo della loro carriera e che, perciò, si possono trovare esposti più

di un'altro a false interpretazioni, specialmente quando si tratta di sintomi o manifestazioni locali di malattie generali. Ma a parte questi casi ve ne sono infiniti altri in cui si ha operato, e si opera, senza ritegno, e senza bisogno.

Le cause? Le due letture del Semon, a parte qualche linea i cui termini sono, non si può negare, assai vivaci, sono generalmente dettate con molta calma, e con quel giro di frase, tutto inglese, staremmo per dire, diplomatico, che non permette di interpretarla diversamente da quello che suoni il senso letterale delle parole usate. L'autore vuol incolpare, degli eccessi ch'egli condanna, principalmente il sistema, la cattiva scuola, e quella febbre, che coglie lo specialista moderno, di voler brillare in istatistiche, di affannarsi alla ricerca del nuovo per potersi portare in prima fila « o di affrettarsi a seguire, anche nell'errore » i fortunati scopritori di nuovi processi, per non aver la taccia di essere rimasto indietro.

Noi pensiamo che. in fondo, ha ragione, e l' ha anche quando proclama la necessità di adattare la gravità dell'atto operativo a quella della malattia da curare, e di non lasciarsi invadere dalla furia di eccessivo « radicalismo ». Ciò, però, non ci impedisce di provare l'impressione che la « lavata di testa » ch'egli somministra ai colpevoli non è a sua volta proporzionate alla colpa istessa.

BOBONE (San Remo).

NOTIZIE VARIE

Associazione medica inglese. — La riunione avrà luogo quest'anno a Manchester dal 29 luglio al 1° agosto. Della sezione di laringologia sarà presidente il dott. A. Hodgkinson e le tesi proposte per la discussione generale sono le seguenti:

1° Diagnosi e cura dei corpi estranei delle vie aeree superiori; 2° Resultati tardivi delle operazioni radicali eseguite sui seni mascellare e frontale; 3° Etiologia e cura delle suppurazioni etmoidali e sfenoidali.

Per i sordomuti. — Sembra che finalmente il Ministero voglia occuparsi della sorte di questi infelici: abbiamo infatti appreso che è stato distribuito ai Ministri un progetto il quale nel primo articolo stabilisce che tali istituzioni esistenti o da fondarsi con carattere di pubblica beneficenza, ora dipendenti dal Ministero dell'Interno, dipenderanno da quello della Pubblica Istruzione.

Per le scuole dei sordomuti (art. 2), è obbligatorio il metodo orale e le modalità che saranno stabilite per regolamento, sia per il programma unico degli studi, la durata del corso, il numero delle classi, degli allievi in ogni classe, nonchè per l'età e per l'ammissione della scuola.

E' istituito a favore dei sordomuti del Regno da accogliersi nelle suddette istituzioni un fondo di beneficenza per aumento dei posti gratuiti; la spesa sarà per metà inscritta nel bilancio dell'istruzione e per metà in quello dell'interno: il conferimento dei posti spetterà ai due Ministeri.

Il fondo stanziato sul bilancio dell'istruzione per tali sussidi è aumentato di lire 40,000.

Alla costruzione e all'adattamento degli istituti e delle scuole pei sordomuti sono estesi i benefici concessi agli edifici scolastici.

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1902 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza. 44.

Anno XX. **Firenze, Agosto 1902.** **N. 8.**

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Deformità del padiglione dell'orecchio sinistro per aderenza cicatriziale - Protesi

per il Dott. G. PROTA.

Pubblico volentieri il caso seguente di deformità acquisita del padiglione dell'orecchio per viziosa cicatrice, che ho potuto osservare e curare, tanto più che con un semplice atto operativo ne ho ripristinato la forma.

Eccezionalmente ci è dato osservare casi consimili dato i recenti progressi della otochirurgia.

Più spesso le deformazioni del padiglione sono congenite, dovute ad anomalia od arresto di sviluppo, come la mancanza di una delle sue parti cioè dell'elice e del lobulo, oppure tutto l'organo è atrofico, rappresentato da una semplice piega cutanea come nei casi di *Rohrer*, *Wagner*, *Grazzi*, *Martuscelli*. Altre volte si ha eccesso di sviluppo, màssime del lobulo, e si registrano casi di orecchie soprannumerarie (*Hamann*).

Tali difetti di conformazione vanno quasi sempre accompagnati a mancato sviluppo del condotto auditivo esterno o dell'orecchio medio ed interno.

Le deformità acquisite, invece, sono rare e dovute, sopra tutto, alle ferite contuse, ai traumi ed alle malattie che ledono profondamente il tessuto dell'organo, quali, ad es.: gli eczemi cronici, specie nella tenera età, le pericondriti, i tumori, le ustioni ecc. come in un caso riportato dal prof. *Grazzi*, nel suo *Manuale di otologia*, e che ha molta rassomiglianza con il mio. Si trattava di un bambino, nel quale il padiglione era deforme per una cicatrice viziosa fra la parte superiore del padiglione e l'antitrago, in seguito ad ustione. La funzione uditiva era buona. Non fu operato perchè l'infermo e la madre rifiutarono.

Ciò si verificava più di frequente per il passato, quando la ototerapia non avea ancora raggiunto l'attuale sviluppo, sebbene fosse doloroso constatare, che, anche oggi, le malattie auricolari, massime nell'infanzia, vengono trascurate o per pregiudizio, o per ignoranza.

E la prova di ciò vien data dalla descrizione della lesione dell'orecchio riscontrata nella paziente di cui mi occupo, e certo l'affezione auricolare, curata da principio nella prima età, non avrebbe lasciata tale deformazione del padiglione e le alterazioni dell'orecchio medio.

*
* *

Ai primi di aprile u. s. viene a consultarmi la signora Elena A. per farsi osservare l'orecchio sinistro, richiamando, specialmente, la mia attenzione sulla viziosa conformazione del padiglione, per cui era costretta portarvi al disopra i capelli per nascondere tale deformità.

Donna trentenne, ben conformata, maritata con prole, non ha sofferto malattie degne di nota, salvo qualche catarro bronchiale, nè alcuna infezione d'indole specifica.

Ricorda che all'età di 2 anni cominciò ad avere scolo dall'orecchio sinistro, per vario tempo, a cui si aggiunse turgore del padiglione, che divenne grosso, dolente, edematoso a cui seguì poscia ulcerazione, e tale malattia si protrasse per diversi mesi.

Questi particolari dell'affezione le furono raccontati dalla madre, e ripetuti ogni qual volta le domandava la

cagione della viziosa forma del padiglione, ed afferma che per tal fatto era ridotta debole, anemica, e quasi tutto il giorno lo passava a letto, riposando sul lato infermo.

L'otorrea, curata solamente con lavande detersive, andò pian piano decrescendo, residuando un ostinato eczema del padiglione con vasta ulcerazione, la cui riparazione fu affidata alla natura, per cui la cicatrice risultò viziosa deformando il padiglione.

Cresciuta negli anni e ricostituita in salute la paziente ha cercato consiglio a varii medici per ovviare alla difettosa forma del padiglione, ma l'idea di un qualsiasi atto operativo fece desistere i suoi genitori dall'operazione, ed essa stessa non vi pensò più, e passò a marito, poichè nessuna molestia le recava tale lesione, che coverta abilmente dai capelli si nascondeva alla vista.

Così passarono degli anni e si è decisa a farsi osservare, perchè avea notata ipoacusia all'orecchio sinistro.

All'esame il padiglione del lato sinistro ha perduto la sua forma ovalare, e la parte superiore, che normalmente, è la più ampia, in questo caso si mostra deformata, rimpiccolita, ed il contorno del padiglione ha acquistata la forma di una P. L'estremo inferiore verso il lobulo è normale, in modo che i capelli posti, ad arte, al disopra dell'orecchio, nascondono perfettamente alla vista la deformazione della metà superiore.

Dalla radice dell'elice parte un cordone fibroso cicatriziale che stira il bordo esterno dell'elice, accartocciandolo su sè stesso in modo da venire a contatto fra loro, e la fossetta navicolare o scafoidea viene ad essere quasi coverta, come pure la cavità della conca vien ristretta e resa quasi virtuale appare più profonda, restringendo così anche l'apertura del condotto auditivo, all'esterno.

Ma meglio di qualsiasi descrizione, basta dare uno sguardo alla figura I, ritratta dal vero, per convincersi della suddescritta cattiva conformazione.

Stirando in dietro ed in su il padiglione la cicatrice cede poco, ed alla palpazione si nota che sotto di essa la cartilagine è assottigliata, ciò che m'induce a credere che

quivi si è svolto un processo infiammatorio cronico ulcerativo, con consecutiva cicatrice retratta.



(Fig. 1).

Nulla di anormle nel condotto uditivo esterno.

L'otoscopia fa rilevare al posto della M. T. un sepimento completo, ma ispessito, di colorito roseo, opaco, in cui non si distinguono più i soliti caratteri della membrana timpanica, la quale evidentemente ha subito tali modificazioni da sembrare un diaframma cicatriziale, esito di antica otite media purulenta guarita.

Con l'esame funzionale l'orologio non è percepito dall' O. S. per la via aerea, invece per via osteo-timpanica discretamente bene. La voce di conversazione è udita in vicinanza dell'orecchio.

Weber lateralizzato all' O. S.; Rinne negativo. Tromba eustachiana pervia.

Nessun miglioramento dell' udito con il processo Politzer.

L'esame otoscopico e funzionale dell'O. D. è normale.

Proposi all' inferma l'operazione per cercare di ripristinare la forma del padiglione, ed essa, rassicurata dell'esito, accettò.

***

Il 7 aprile, dopo le solite disinfezioni della parte, con un bisturì recisi la cicatrice, mentre con la mano sinistra stiravo il padiglione indietro e in su, e prolungai il taglio dalla radice dell'elice, portandolo molto in alto ed in fuori, liberando così questa dall'aderenza.

Ad evitare l'accartocciamento, passai un punto di sutura attraverso la cute della regione posteriore del padiglione, e vi misi al disotto un cuneo di garza all'jodoformio.

Per mantenere poi disteso tutto il padiglione, mercè un punto unii quest' ultimo con la cute del collo.

Medicai con garza jodoformica, e riempii i vuoti delle concavità del padiglione con batuffoli di ovatta, cercando di mantenere disteso e spianato l'orecchio con la fasciatura compressiva come al solito.

Il decorso post-operativo fu ottimo, apirettico, e dopo 3 giorni rinnovai la medicatura. Lo stato della ferita era buono, e l'estremo esterno del taglio, che era piccolo, era quasi adeso.

Rinnovai la medicatura ogni due giorni, ed al nono giorno essendosi ridotta la soluzione di continuo e dando molestia all' inferma il punto che legava il padiglione al collo, lo tolsi, e potetti con soddisfazione constatare che l'orecchio avea ripreso la sua forma. Però cercai con una striscia di cerotto adesivo di mantenere ancora disteso il padiglione per altri pochi giorni e con la fasciatura compressiva.

Tutta la cura si protrasse per 20 giorni, dopo i quali il padiglione riprese la sua forma spianata, come si può vedere dalla Fig. II che venne eseguita a guarigione completa.

In riguardo all'udito nessun notevole miglioramento, giacchè la ipoacusia era dovuta a lesioni antiche, postume di otite media secretiva cronica svoltasi in tenera età, a cui seguì poscia eczema del padiglione con pericondrite suppurata ed ulcerata.

Riposando l' inferma sempre sul lato affetto, il padiglione dell'orecchio veniva ad esser piegato su sè stesso,



(Fig. 2).

e siccome quasi tutto il giorno lo passava a letto, per le cattive condizioni generali e forse anche per la grande debolezza dovuta allo scolo purulento dell'orecchio, è facile ammettere che ciò contribuì molto a far venire viziosa la cicatrice, che retraendosi in seguito, aumentò la deformità.

Almeno questa è la patogenesi che si può ritrarre dall'esame otoscopico e dall'anamnesi.

Sanguisughe in trachea e in bocca

Prof. GIUSEPPE GARBINI

Libero docente di oto-rino-laringoiatria nella R. Università di Messina.

Fra i 17 casi di sanguisughe in laringe e trachea pubblicati in Italia, 14 appartengono alla Sicilia e precisamente alla parte orientale di essa. Ne riferirono il Condorelli, il Clementi, il Massei, il Leone, il Masucci, il Ridola, il Palazzolo, il Citelli (1). Altre osservazioni furono fatte in

(1) Per la letteratura, vedi Palazzolo (Bollettino delle malattie dell'orecchio, ecc. Settembre 1895 e Novembre 1896) e Citelli (Archivio italiano di otologia ecc. XII, fasc. 4.°, Marzo 1902).

Africa da Aubert ed in Spagna da Ramon de la Sota. Abbastanza numerosi sono poi i casi osservati di sanguisughe attaccate alla mucosa della bocca e della faringe e il Citelli ne osservò una nel cavo naso-faringeo.

Se tali osservazioni quindi sono fatti rarissimi per altri paesi, non si può dire altrettanto per noi esercenti in queste provincie; ad ogni modo essi offrono sempre una certa curiosità e non credo perciò inutile riferire i due da me osservati, anche perchè avevano dato luogo ad errori di diagnosi.

Come ben dice il Palazzolo, è probabile che il triste privilegio di queste campagne sia dato dal fatto che i contadini per mancanza di sorgenti di acqua potabile nei mesi estivi si dissetano alla prima fonte che capita e per di più essi conservano l'acqua in recipienti di terra cotta opachi, che impediscono di vedere le impurità, e da essi bevono.

Il primo caso fu osservato in persona di un contadino di anni 25 di Alcara Li Fusi (Messina). Da 16 giorni, senza saperlo attribuire ad alcuna causa, sputava sangue, poco in principio, poi molto; aveva la voce rauca e sentiva una certa molestia in laringe. Il paziente era pallidissimo, anemico, assai debole, e mi fu mandato per l'esame laringoscopico sospettandosi la tubercolosi. Appena applicato lo specchietto laringeo, si vede una massa nerastra, molle, che con grande meraviglia mia e del paziente riconosco per una sanguisuga attaccata ai primi anelli tracheali, subito sotto le corde vocali, anteriormente sulla linea mediana. Nell'espirazione il parassita veniva a sporgere fra le corde vocali, nell'inspirazione rientrava e non si vedeva quasi più; per questo suo modo di comportarsi forse esso non aveva dato luogo ad alcun inconveniente da parte del respiro. La diagnosi era assoluta, ed il paziente allora ripensandò bene, ricordò che il giorno antecedente a quello in cui cominciarono i suoi disturbi aveva bevuto l'acqua di uno stagno dove vivono le sanguisughe, ma lì per lì non aveva avvertito nulla.

Siccome avevo visitato il malato all'Università e non avevo con me alcuna pinza laringea, l'invitai a venire

più tardi a casa mia, ma poco dopo egli tornava trionfante tenendo in mano la famosa sanguisuga.

Subito dopo uscito, diceva, ebbe un forte colpo di tosse e si sentì qualche cosa in gola, introdusse due dita e si estrasse da sè la mignatta. Probabilmente il parassita irritato dalle manovre dell'osservazione laringoscopica, si staccò e con la tosse fu cacciato in faringe. Allo stato di riposo misurava 2 centimetri e mezzo, e s' allungava fin circa a sei.

Più curioso ancora fu il secondo caso osservato in un contadino di Giampilieri (Messina) di anni 40. Era un uomo robustissimo, erculeo, il quale venne da me il 16 ottobre dell'anno scorso raccontando che da una settimana sputava continuamente sangue. Il medico curante non avendo potuto trovare una causa nel petto, lo inviò a me perchè nè esaminassi la laringe. Il malato diceva d'avvertire distintamente il sangue uscire dalla gola. Esaminata la faringe, si vedeva infatti tutta la parete posteriore di essa coperta di grumi di sangue, ma allontanati questi non si riusciva a vedere nè in faringe, nè in laringe, nè nella cavità naso-faringea alcun punto donde potesse uscire il sangue. Trattandosi di un fumatore ed essendoci dei vasi varicosi in faringe, pensai alla possibilità di un'emorragia tracheale e cocainizzata la gola, stavo per ripetere l'esame laringoscopico, quando mi accorsi che il fazzoletto con cui tenevo la punta della lingua era pieno di sangue e vidi insanguinati tutti i denti. Osservai attentamente allora tutta la bocca e con sorpresa vidi una piccola sanguisuga di mezzo centimetro di lunghezza, attaccata alla faccia inferiore della lingua, nella metà destra, in corrispondenza della vena ranina, sanguisuga che potei levare facilmente con una pinza. Maggior difficoltà provai invece a frenare l'emorragia della piccola ferita. Il paziente non potè capire in che modo il parassita si fosse annidato nella sua bocca, ma probabilmente sarà stato, come al solito, col mezzo dell'acqua.

Un caso di sifiloma primitivo del labbro inferiore e della tonsilla destra.

I casi di infezione sifilitica, che hanno avuto come porta d'entrata le tonsille palatine, non sono molto rari. Nivet difatti nella sua tesi (Parigi 1897) potè riunirne 29 e Faurnier, Dieulafoy, Boeck, tendono a considerarlo come il più frequente dei sifilomi estragenitali.

La diagnosi di questa lesione è tutt'altro che facile; e come nella forma *erosiva* e nella *anginoide* essa può passare inosservata, quando invece assume la forma vegetante, o la ulcerosa, o la difteroide, essa può far pensare benissimo a malattie di tutt' altra natura.

Il mio caso appunto, come vedremo, si sarebbe potuto prestare ad un errore diagnostico, se la contemporanea sifilosclerosi al labbro inferiore, e la presenza di sintomi del periodo secondario, non ci avessero fatto conoscere con certezza la natura della malattia.

Ed eccone in breve la storia:

Verso la metà del dicembre scorso si presenta all'ambulatorio della nostra Clinica la paziente P. T. di anni 23, serva, da Torino. Essa da 20 giorni accusa mal di gola, specie a sinistra, e difficoltà nell' inghiottire; ha avuto febbre, e da tre giorni è afona. Nell'anamnesi personale e famigliare niente di importante, l' ammalata ci dice solo che è andata sempre soggetta a mal di gola.

All' esame obiettivo osservo quanto segue: il labbro inferiore è molto ingrossato, e coperto di una spessa crosta nerastra. Nel punto di mezzo di esso esiste una ragade profonda, da cui vien fuori del liquido siero purulento, la lesione del labbro è dall'inferma attribuita alla febbre avuta nei giorni scorsi. Le ghiandole angolo mandibolare e sottomascellari di destra molto tumefatte e dure, formano un tumore uniforme della grossezza di un uovo di gallina. Esse sono indolenti sia spontaneamente che alla palpazione.

Alla endoscopia si nota un'intensa iperemia diffusa del faringe; la tonsilla destra inoltre è sporgente dai pilastri

rossa, e alla sua faccia interna presenta un' ulcerazione piuttosto superficiale, della dimensione di una moneta di cinquanta centesimi circa. I margini un po' irregolari, e il fondo è tappezzato di un essudato grigiastro, che si lascia distaccare con molta difficoltà.

Non sono riuscito a fare la laringoscopia per le lesioni molto dolorose del labbro inferiore, e la tumefazione delle fauci.

Data adunque la storia, e i risultati dell'esame obiettivo, a tutta prima ho dubitato si trattasse di un processo difterico. Stavano difatti a conforto di tale diagnosi la febbre, la pseudomembrana sulla tonsilla, e quel ch'è più, l'afonia sopravvenuta quasi di botto tre giorni prima di presentarsi a noi, dopo circa 20 giorni, cioè, che accusava i disturbi della gola. La tosse però, leggera, non aveva i caratteri della tosse crupale, e mancavano quasi completamente i sintomi di laringostenosi.

D'altro canto l'unilateralità della lesione, il forte ingorgo ghiandolare l'indolenza di esse, e, specialmente l'indurimento papiraceo o la tumefazione del labbro inferiore che non aveano niente a che fare con un semplice erpete febbrile, ci fecero propendere di più per la diagnosi di sifilide iniziale del labbro inferiore e della tonsilla.

Avendo difatti invitata l' inferma a spogliarsi, e osservata attentamente la cute, abbiamo potuto constatare sul tronco la presenza di una roseola caratteristica, che ci fece con sicurezza stabilire la diagnosi di sifiloma papiraceo del labbro inferiore e ulceroso difteroide della tonsilla palatina destra, con faringo laringite acuta reattiva.

Il contagio per la tonsilla dovette essere quasi contemporaneo a quello per il labbro inferiore, perchè la paziente insisteva nel dire che l' ingrossamento del labbro comparve insieme al mal di gola.

Ho creduto opportuno far conoscere questo caso, non tanto per la relativa rarità del sifiloma primitivo delle tonsille, quanto per dare una prova che la sua diagnosi non è sempre delle più facili, e può alcune volte indurre in errore come sarebbe potuto accadere nella mia paziente, qualora

non ci fosse stata anche la contemporanea lesione del labbro inferiore e la manifestazione dei fenomeni secondari.

Dirò infine, che un caso di sifiloma primario della tonsilla, quasi simile al mio, è stato riportato dai professori Gradenigo e Peroni (1).

Dott. S. Citelli
Assistente alla Clinica Otorinolaringologica di Torino.

Otite media acuta e mastoidite consecutive a una asportazione di tonsilla faringea

Se il segnalare gli inconvenienti possibili di atti operativi splendidi per i loro risultati, giova, mettendo in guardia contro di essi, ad accreditare maggiormente l'atto operativo medesimo, non credo inutile far conoscere un caso poco fortunato a me occorso nello scorso anno. Ciò tanto più, in quanto, come dirò in seguito, sono molto pochi i casi simili riportati nella letteratura.

R. M., di anni 10, si presenta alla mia osservazione negli ultimi del mese di agosto u. sc., accusando diminuzione d'udito, con difficoltà della respirazione nasale, per cui è costretta a stare a bocca aperta. Questi disturbi datano da un paio d'anni, durante i quali sono andati gradatamente accentuandosi.

Non ha sofferto malattie d'importanza, tranne, un catarro bronchiale cronico, del quale s'è completamente guarita. Il padre e la madre stanno bene, solo uno zio della madre è morto di tubercolosi.

Stato presente. La ragazza è discretamente sviluppata e abbastanza nutrita. All'esame otoscopico le membrane timpaniche si presentano retratte, lievemente opacate; colla rinoscopia anteriore si nota un leggero catarro muco purulento del naso e del rino-faringe. Il palato duro è un po' ogivale; non c'è atassia dentaria. Coll'esplorazione di-

---

(1) *Archivio Italiano di Otologia* ecc. Vol. II, pag. 234.

gitale del cavonaso faringeo, si nota che la parte media ed alta della parete posteriore di esso è occupata da una grossa tonsilla faringea. Mancano completamente i sintomi di adenoidite acuta.

Si fa diagnosi di otite media catarrale cronica bilaterale, con ipertrofia cronica della tonsilla di Luschka, e si propone l'asportazione della tonsilla ipertrofica.

L'operazione, accettata dalla famiglia, viene eseguita felicemente il 2 settembre. Si asporta difatti una tonsilla grossa quanto una noce.

È inutile dire che l' inferma prima dell'operazione fece per due giorni gargarismi fenicati, i quali furono continuati anche dopo l'operazione, e osservò inoltre, dopo questa, le opportune regole igieniche e dietetiche.

Riosservata l'ammalata dopo due giorni, non si nota nessuna reazione locale o generale superiore alla norma.

Sei giorni dopo l'operazione la paziente si ripresenta accusando dolori all'orecchio destro, che datano solo da un giorno. Coll'esame otoscopico si nota che la membrana timpanica destra è arrossata, e sporgente il segmento postero-superiore di essa: il condotto uditivo è abbastanza ampio. Oltre a ciò presentasi un po' tumefatto e dolente il solco retro-auricolare, e c' è un leggero movimento febbrile. L' indomani, continuando i dolori e la febbre colla sporgenza timpanica, viene da me praticata la paracentesi timpanica, colla quale si dà uscita a una mediocre quantità di muco pus.

Dopo 4 giorni dalla paracentesi, quantunque si abbia abbondante fuoruscita di pus dall'apertura timpanica, tuttavia i dolori alla mastoide son divenuti più intensi, specie la sera con l'elevarsi della temperatura che tocca i 39°.

Tale stato continua invariato, nonostante si facciano tre medicature quotidiane dell'orecchio, con applicazione di ghiaccio sulla mastoide; oltre alla somministrazione di derivativi intestinali e di antipiretici.

Il 15 settembre, 13 giorni dopo, cioè, l'ablazione della tonsilla, la tumefazione mastoidea si rende manifestamente fluttuante, e si nota una certa rigidità del capo: conti-

nuano i dolori all'orecchio e alla mastoide e la febbre è più alta. La parete postero-superiore del condotto uditivo è un po' depressa, l'ampiezza però del condotto è normale. Si stabilisce allora per l' indomani l' intervento sulla mastoide. L'operazione vien fatta in narcosi cloroformica, si apre l'ascesso mastoideo, e si dà esito a un buon cucchiaino di pus denso. Il periostio si presenta per un buon tratto scollato dall'osso; per cui la raccolta era sotto-periostea, quantunque il pus cominciasse a farsi strada tra i tegumenti. Non esiste fistola ossea, però eseguo l'autrectomia, nella probabilità si tratti di un processo endomastoideo, tanto più che continua lo scolo abbondante della cassa. Aperto l'antro, constato che non c' è in esso raccolta di pus nè granulazioni; la mucosa però mostrasi arrossata e tumefatta.

Faccio allora la pulizia del campo operativo, pratico lo zaffamento di esso e fascio la paziente.

Dopo l'operazione la temperatura si eleva ancora di poco per due sere, ma poi torna alla normale. La ferita operatoria procede regolarmente, cessano i dolori, diminuisce la suppurazione, e dopo una ventina di giorni si ha la guarigione completa della lesione, con quasi *restitutio ad integrum* dell'acuità uditiva.

In questo caso, adunque, in seguito alla ablazione di una tonsilla faringea abbiamo avuto un' otite media purulenta acuta e un ascesso estra-mastoideo.

Cerchiamo intanto di indagare quale via seguì l' infezione per dar luogo alla raccolta purulenta sottoperiostea.

Data un' infezione della cassa timpanica, questa può diffondersi al periostio che riveste la faccia esterna della regione mastoidea per due vie principali: o lungo il periostio che riveste la parete posteriore del condotto uditivo, oppure attraverso la corticale della mastoide, dopo, s' intende, un processo endomastoideo. Nel nostro caso non è molto chiara la patogenesi di quell'ascesso.

Il non aver trovato, difatti, nè pus, nè granulazioni nell'antro, e la relativa rapidità con cui si formò l'ascesso, potrebbero fare escludere l'endomastoidite; mentre, l'essersi presèntato il condotto uditivo sempre abbastanza am-

pio, e il fatto che l'introduzione dello speculo non provocò mai dolore, fanno escludere la periostite del condotto.

Io credo però che la patogenesi endomastoidea dell'ascesso sia molto più probabile, sia perchè mancarono completamente i sintomi della periostite del condotto, sia perchè, se non fu trovato nè pus nè granulazioni nell'antro e nelle cellule mastoidee, la mucosa di essi era però molto tumida e arrossata, segno questo che era sede di un processo infiammatorio acuto propagatosi dalla cassa timpanica, il quale non raggiungeva l' intensità del catarro purulento. Avendovi adunque un' infezione endomastoidea, per quanto non molto grave, si capisce facilmente come, attraverso la corticale della mastoide, il processo si sia diffuso al periostio di questa, ove, forse per condizioni speciali e opportune, l'infiammazione raggiunse un grado d'intensità maggiore, e diede così luogo a quell'ascesso sottoperiosteo. È appunto per questi fatti, che non ho nemmeno discusso la possibile infezione per la via del circolo.

Quello che importa adunque si è, che in seguito alla asportazione di una tonsilla faringea ipertrofica, fatta con tutte le cautele possibili di asepsi e di antisepsi, si ebbe un'otite media purulenta acuta con endomastoidite e ascesso extra-mastoideo. Evidentemente, per aversi un' infezione così rapida e così intensa, si sarà dovuto trovare nel cavo naso-faringeo di quella ragazza qualche agente piogeno molto virulento. Non ho potuto fare intanto le dovute ricerche batteriologiche, perchè sfornito di mezzi adatti.

Ho creduto opportuno, di riportare questo caso, perchè esso è tutt'altro che frequente; specie avuto riguardo al numero grandissimo di adenoidei che vengono operati in tutto il mondo. Anzi dalla letteratura apparirebbe che complicazioni simili debbano essere molto rare. Io credo però che l' insorgere di otiti medie acute e di mastoiditi in seguito al raschiamento del faringe nasale, non debba essere poi un fatto così raro. Se difatti pensiamo allo stato patologico in cui spesso suole trovarsi l'orecchio medio negli adenoidei, alla flora batterica abbondante e virulenta che vegeta in mezzo alle cripte della tonsilla faringea, negli spazii morti che determina la sua presenza, e in mezzo

al secreto muco-purulento che per lo più si accompagna alla presenza di vegetazioni adenoidi, si comprende benissimo come il caso a me occorso non debba poi costituire una vera rarità.

Data quindi la possibilità di complicanze così gravi, sarebbe necessario che anche le operazioni di vegetazioni adenoidi venissero fatte solo in individui degenti in ospedali, oppure in persone che si possono ben sorvegliare e curare, all'occorrenza, nel modo più opportuno. Chi invece crede giusto fare simili operazioni con noncuranza in individui ambulanti, che spesso non si vedranno mai più, e che frequentemente dimenticano le prescrizioni igieniche e terapiche fatte loro dal medico dopo l'atto operativo, corre il rischio di addossarsi delle gravi responsabilità, con sfiducia anche dell'atto operativo medesimo.

Dott. S. Citelli.
Assistente alla Clinica Oto-rino-laringologica di Torino.

RASSEGNE

1. **Tratamiento médico de las otitis medias agudas supuradas, con propagacion antral o antro-mastoidea** per il dott. Luigi Suñe y Molist (Barcellona). — L'autore divide le otiti medie in tre gruppi: 1° Otite media catarrale acuta, o catarro acuto del meato timpanico della tromba eustachiana; 2° Otite media acuta purulenta limitata alla cassa; 3° Otite media acuta periostica propagata: Periostite acuta della cassa ed antro mastoideo. E' di questo ultimo gruppo ch' egli si occupa specialmente dal punto di vista della terapia.

Avendo sperimentato, nei casi di otite media purulenta con periostite della cassa e dell'antro, la poca efficacia dei rimedii abitualmente usati, quali: l' ingrandimento della perforazione timpanica, il tampone del condotto uditivo con garza, le istillazioni, i tubi di Leiter attorno all'orecchio, l' ignipuntura ecc., e visto ben da vicino il pericolo, a cui questi malati vanno incontro, di otorree interminabili, con produzione di vegetazioni riempienti la cassa, di carie della cavità antro-mastoidea con tutte le sue possibili complicazioni endocraniche, l'Autore si decise allo studio di un metodo che potesse calmare prontamente i dolori, arrestare la marcia del processo evitandone la cronicità e mettere al coperto dalle complicazioni.

Egli credette di poter raggiungere questo intento col mezzo di

vescicanti applicati sulla regione mastoidea e medicati giornalmente con unguento di morfina all'1 : 100 e colla somministrazione di salicilato di soda per via interna, a dose di un grammo ogni ora, fino alla comparsa di sintomi di salicismo iniziale, quali rumori d'orecchi e sordità dell'orecchio sano. Questi sintomi coincidono per lo più con la diminuzione dei dolori; ed allora le dosi di salicilato si ripetono non più ogni ora, ma ogni tre ore. Che se, invece, i dolori persistono, si continua il salicilato ogni ora finchè insorgono i primi sintomi tossici, che consistono in allucinazioni visive, simili a quelle degli alcoolisti ! A questo punto si sospenderà il salicilato.

Calmati i dolori, l'A. fa lavature dell'orecchio con soluzione di sublimato 1 : 1000, tampona il condotto con cotone, e copre di cotone tutta la regione auricolare, e suoi dintorni; oppure, in luogo delle iniezioni, introduce nel fondo del C. U. una striscia di garza iodoformica. Al 10°, 15° giorno la suppurazione cessa, ed il timpano cicatrizza.

L'A. crede che il salicilato agisce coadiuvando principalmente l'azione rivulsiva e sopratutto, per l'azione elettiva che esercita sull'orecchio.

I risultati che ottenne da questa cura sono eccellenti. Nella maggior parte dei casi ha ottenuto la guarigione senza dover ricorrere all'ingrandimento della perforazione timpanica. In tutti i casi di otite acuta suppurativa da influenza ottenne la guarigione in pochi giorni. Riterisce 52 storie cliniche attestanti la verità di quanto asserisce (*Archivos Latinos de Rinologia, Laringologia y Otologia del dott. Botey*. Ano XIII, n. 115). BOBONE (*San Remo*).

2. **Cura medica delle vegetazioni adenoidee**; per il dott. LAPEYRE. Crede possa riuscire efficace la cura interna colla tintura di iodio, di recente preparata, che contiene circa un decimo di principio attivo. Per un bambino da 3 a 5 anni la dose varia da 30 a 50 gocce al giorno, la quale dose corrisponde a 10 centigrammi di iodio metallico. L'A. comincia con 6 gocce al giorno fino alla dose di saturazione, che si rivela con abbondante secrezione nasale, eritemi, eruzioni acneiche, ecc., e diminuisce nello stesso modo. La dose massima é fra le 50 e 70 gocce e non produce, secondo Lapèyere nessun inconveniente, anzi, egli scrive, può aumentare l'appetito.

Il direttore del giornale in cui fu pubblicato il lavoro, Lucas Championniere, fa alcune considerazioni : la cura chirurgica ha le sue indicazioni, ma non bisogna abusarne ; per la cura medica egli preferisce l'iodoro di potassio alla tintura di iodio alla dose di circa 25 centigm. al giorno per due o tre mesi.

Noi pure crediamo che non si debba abusare della cura chirurgica : le vegetazioni adenoidi di piccolo volume possono guarire spontaneamente, ma per ottenere tale resultato non pensiamo possa essere prudente ricorrere alla cura della tintura di iodio. Anche l'uso dell'ioduro di potassio molto protratto può danneggiare lo stomaco del bambino, quindi quando le vegetazioni adenoidi nuocciono al gene-

rale dell'organismo, rendono difficile la respirazione nasale e disturbano la funzione uditiva, non esitiamo neppure un istante a consigliare la loro remozione. Da tale intervento chirurgico non avemmo mai in centinaia e centinaia di casi alcun inconveniente. V. G.

3. **Sopra un caso interessante di sinusite massilare cronica;** per il dott. G. Strazza. — L'A. stesso nel sunto che fa del suo lavoro riferisce un caso di sinusite massillare cronica che egli operò per la fossa canina e nel quale invece di penetrare col tagliente direttamente nel seno, come quasi sempre avviene, trovò che la parete ossea aveva una compattezza ed uno spessore considerevoli. La cavità del seno esisteva, ma era molto ristretta nella parte superiore e formata quasi esclusivamente a spese della cavità orbitaria. Era inoltre ripiena di fungosità che furono completamente asportate: la ferita corrispondente alla cavità orale fu lasciata aperta e guarì completamente in 2 o 3 mesi.

Questo caso è interessante sotto due punti di vista: per le anomalie anatomiche e per la scelta della via d'accesso che deve essere non solamente la più favorevole per la guarigione sua che deve anche servire per aiutare la diagnosi. Strazza è d'opinione che il seno deve essere lasciato largamente aperto per potere sempre sorvegliare il lavoro di riparazione. Come metodo di cura l'A. eseguisce in primo tempo il tamponamento del seno ed in seguito delle lavande con acqua bollita che il malato può ripetere a suo talento spingendo il liquido dalla bocca nella cavità nasale. La penetrazione di fragmenti di cibo è stata esagerata, perchè la muccosa della guancia funziona bene come una valvola per impedire che tale fatto avvenga: se anche accadesse che per caso alcuni frammenti alimentari riuscissero a penetrare nel seno essi sarebbero facilmente espulsi dall'acqua che si adopera per la lavanda, mentre per l'apertura molto ristretta che si ottiene attraverso la via nasale, o per la trapanazione alveolare le difficoltà della espulsione sono molto aumentate.

Questo metodo aiuta inoltre una esatta diagnosi: infatti il seno mascellare è qualche volta diviso in varie logge e può anche avvenire che la suppurazione si produca in una di queste porzioni senza che le altre siano ammalate: ora se noi limitiamo l'intervento chirurgico ad una piccola apertura, secondo il sistema di Krause, può avvenire di penetrare in una loggia sana ed essere così indotti a negare l'esistenza di un processo di suppurazione.

Nel caso presente la trapanazione semplice per la via alveolare, o attraverso la parete del naso, avrebbe condotto ad un errore diagnostico che il metodo adottato da Strazza fece completamente evitare. (*Annali di Laring. e Otologia*, anno III, fasc. II, 1902).

4. **Un caso di colorazione anormale della muccosa nasale simulante l'argirosi;** per il dott. G. Strazza. — Si trattava di una donna di 58 anni la quale si presentò alle consultazioni otorino-laringojatriche dell'Osp. di S. Andrea di Genova, accusando disturbi di respirazione. L'esame rinoscopico dimostrò a destra l'esistenza di un tu

more a superficie granulosa situato nella narice che chiudeva completamente. La mucosa dei cornetti era molto tumefatta e coperta di pus. A sinistra si vedevano press' a poco gli stessi stati patologici, ma esisteva in più una colorazione ardesiaca dei cornetti e del setto. L'A., supponendo che si trattasse di un caso di argirosi perchè la malata abusava di tabacco da naso, fece eseguire l'esame chimico del tabacco che la donna adoperava, che riuscì negativo.

Asportato il tumore ed una certa porzione della mucosa che presentava la colorazione di sopra descritta e fatti gli esami istologici più razionali l'A. venne a concludere che questa colorazione era in rapporto con le emorragie molto frequenti provocate dallo stato congestivo della mucosa nasale continuamente irritata dal tabacco e da disturbi cardiaci che la malata accusava.

Questo caso suggerì al dott. Strazza di esaminare sistematicamente il colore della mucosa nasale in tutti i malati e potè constatare che tutti i pazienti che presentano dilatazioni vascolari visibili sul derma della punta del naso o sul rivestimento interno delle narici hanno la mucosa nasale medesima leggermente tinta da un colore che ricorda quello dell'ardesia. (*Annali di Laring. e Otologia:* anno III, fasc. II, 1902).

5. **Sviluppo delle papille gustative nel feto umano**; per il dott. M. L. Marchand. — Nella seduta del 12 luglio 1902 della Societè de Biologie di Parigi, l'A. comunicava come nell'embrione di sei settimane l'epitelio linguale ed il derma sono ancora una superficie piana. Solamente le papille caliciformi formano un rilievo. A quattro mesi il derma è penetrato per i vasi e forma delle elevazioni papillari; l'epitelio incomincia a modificarsi. Al quinto mese alcune cellule dello strato generatore si diversificano per dar luogo ai bottoni gustativi.

I nervi che presiedono ai diversi elementi cellulari al 5° mese sono arrivati a contatto dell'epitelio. Al settimo mese esiste già una differenza manifesta fra le cellule di sostegno e le cellule gustative. Queste hanno un nucleo arrotondato, che si colora debolmente; le cellule di sostegno hanno un nucleo allungato, che si colora molto. Le cellule di un bottone in via di formazione non si uniscono alle cellule di Malpighi: il bottone gustativo è un organo speciale che subisce le sue modificazioni in mezzo all'epitelio linguale. Alla nascita le papille del gusto sono pronte a funzionare. (*La Presse medicale*, 19 luglio 1902). V. G.

6. **Le acque ferro arsenicali in alcune forme di nevrosi.** — Quante volte accade al medico pratico di visitare individui che accusano mille disturbi e credono di essere colpiti da mille malattie; la stessa loro agitazione, la molteplicità delle sofferenze indicano all'esperto sanitario l' indole della loro affezione: *la nevrosi.* Sottoposti infatti ad una visita accurata, si trovano alterazioni funzionali del sistema nervoso, di quelle a cui la patologia non ha ancora scoperto un substrato anatomico; con grande frequenza però si trova veramente

alterata la crasi sanguigna. Il pallore della cute e delle mucose, il facile-cardiopalmo, i disturbi vascolari più o meno accentuati, mettono subito sull'avviso; un esame sommario del sangue, anche del solo valore emoglobinico fatto da es. coll'emometro del Fleisch confermano la diagnosi e ci indicano la cura razionale : *i ferruginosi*. Colla diagnosi di anemia ci rendiamo ragione in molti casi di tutti i sintomi i la dispepsia e la stipsi per l'atonia della tonaca muscolare dello stomaco e dell' intestino ; il pallore, il cardiopalmo, la sonnolenza, la cefalea, l' irritabilità nervosa sono tutti fenomeni secondari all'alterazione nella qualità del sangue. La cura adunque da stabilirsi è quella dei marziali, ma il ferro qualche volta si mostra in pratica insufficiente allo scopo : bisogna aggiungere un altro elemento che ravviva il ricambio generale, che mette l'organismo in in condizioni di fruire dei vantaggi arrecati dal ferro, ossia bisogna unire a questo l'arsenico.

In qual modo possiamo somministrare i preparati ferro-arsenicali ? Uno dei mezzi migliori, lo dico subito, sta nell'uso delle acque minerali che li contengono, specialmente dell'acqua Civillina Chilesotti. Nella terapia moderna si dispone di tre vie per dare all'organismo : farmaci ; la via endovenosa, quella ipodermica e la via alimentare. Le iniezioni endovenose sono piccole operazioni ed implicano non scarse responsabilità ; non sono quindi pratiche ; le iniezioni ipordermiche sono dolorose e non sempre innocue, conviene ricorrere ad esse solo in casi speciali ; resta la via migliore usata con successo per tanti secoli, la più semplice, la più facile : quella alimentare.

Ciò stabilito, vediamo quanti sono i preparati ferro-arsenicali esistenti nella farmacologia. Sono in numero infinito ; quanti hanno vera efficacia ? Ben pochi. Come spesso il ferro e l' arsenicointrodotti coi preparati artificiali vengono eliminati dall'organismo nelle stesse dosi !

Noi possediamo un mezzo sicuro, ottimo per somministrare il ferro e l'arsenico ; le acque minerali. Nessuna preparazione farmaceutica può uguagliarle in efficacia ; manca ad esse il quid, l'elemento che la natura dà e nessuno artificio può raggiungere.

Fra le acque minerali contenenti ferro ed arsenico, la Civillina risponde in pratica meglio di tutte : anzi essa è uno dei metodi più economici e più efficaci per la cura ferro-arsenicale. L'acqua Civillina è fortemente ferruginosa e leggermente arsenicale ; la proprietà sue terapeutiche sono note : i monti del Vicentino, di cui la Civillina fa parte sono privilegiati per la potenza medicatrice delle loro acque ; la natura del terreno attraverso i quali esse filtrano, fa loro acquistare l'azione curativa.

L' acqua Civillina Chilesotti contiene ferro, arsenico, magnesia, manganese, cloruro di sodio ecc.

Un rapido sguardo sintetico ai varii elementi che la compongono sarà la prova più evidente e luminosa di quanto affermavasi poco fa,

che l'acqua Civillina è preferibile di gran lunga a molti altri mezzi di cura ferro-arsenicale. Sulla necessità assoluta del ferro e dell'arsenico nelle varie forme di nevrosi da anemia è superfluo il ritornare: aggiungerò solo che questi due farmaci riuniti ravvivano gli scambi organici, eccitano l'attività degli organi ematopoietici alla produzione di globuli rossi migliori e nuovi.

La magnesia che l'acqua Civillina contiene è adattatissima pei disturbi gastro intestinali quasi sempre concomitanti coll'anemia.

Il manganese è stato provato da studio recentissimo come valido mezzo terapeutico nelle cure delle cloro-anemie; da alcuni se ne fa un vero specifico.

Il cloruro di sodio è indispensabile al nostro organismo. — Formata dunque da elementi essenzialmente buoni, è troppo giusto che l'acqua Civillina riesca ottima. Si consideri poi questo fatto importante assai per la pratica: l'acqua Civillina-Chilesotti in qualunque stagione dell'anno ha un'uguale composizione, il medico può prescriverla sempre alle stesse dosi, sicuro della sua costante efficacia.

L'ammalato sottoposto alla cura della Civillina in poco tempo ingrassa, si sente più forte, ritorna nel pieno possesso della salute; il sangue riprende il colore rosso normale per l'aumento dell'emoglobina: scompaiono tutti i disturbi; tutti i fenomeni nervosi prima accusati. L'acqua Civillina Chilessotti come ricostituente non solo è utile nelle anemie nelle neurastenie, nelle dispepsie gastro-intestinali nella scrofola, nelle tubercolosi ma anche negli stati di esaurimento secondarii ad altre malattie, nelle convalescenze.

E' nelle nevrosi a cui va tanto facilmente soggetta la donna che l'acqua Civillina trova un' ottima applicazione.

Anzi per il ferro, per il manganese, per gli eupeptici che contiene l'acqua Civillina è il ricostituente per eccellenza e dà all'organismo forza e resistenza nella lotta contro i morbi. Si induce facilmente da ciò come essa è un prezioso aiuto pel medico che ne conosce l'immenso valore terapeutico.

Concessionario di quest' acqua è il Signor Guido Cibin, a Schio (Vicenza).

Dott. E. M.

BIBLIOGRAFIA

Dott. W. Grosskopff. *Die Ozena. Eine monographie und Studie.* (L'Ozena. Monografia e studi).

È un fascicoletto di poco più di 40 pagine, facente parte dei « Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie » pubblicati dal prof. Haug di Monaco. È un lavoro in massima parte di compilazione, nel quale l'autore, compulsando la ricca letteratura, ha condensato in breve spazio tutto quanto si cono-

sce ai di nostri su questa malattia e, sembraci, è riuscito egregiamente nel suo intento poichè nulla gli è sfuggito.

Esposti brevemente i sintomi, la diagnosi e la prognosi dell'Ozena, fermandosi specialmente sulle differenti teorie escogitate per ispiegarne la patogenesi, tra cui: 1° la teoria bacillare, 2° quella che ammette un'alterazione delle secrezioni per la scomparsa di parte o di tutte le ghiandole della muccosa, 3° quella che fa dipendere l'ozena da una malattia costituzionale dei genitori, 4° la così detta teoria dei turbinati, 5° la teoria che riguarda l'ozena come una trofonevrosi ecc., ecc., l'Autore dedica la maggior parte del suo lavoro alla terapia.

Stabilito che la base della terapia dell'Ozena dev'essere la pulizia del naso, che si ottiene colle irrigazioni e col tamponamento, passa in rivista l'enorme fila di metodi e di rimedii, mano a mano preconizzati, e li allinea, per maggior chiarezza, nella classificazione seguente :

1.° Cura chirurgica, comprese le cauterizzazioni.
2.° Massaggi.
3.° Cura elettrica.
4.° Seroterapia.
5.° Tamponamento anteriore.
6.° Cura medica (lavature, inalazioni, spolverizzazioni, pennellature).
7.° Metodi di cura combinati.
8.° Cura generale.

In questa rivista generale è tenuto conto abbastanza esattamente dei lavori italiani, specialmente di quelli di Belfanti e Della Vedova sull'efficacia della seroterapia, che del resto, dice l'A. non ha trovato in Germania alcuna diffusione.

Termina il lavoro un'indice bibliografico completissimo.

Bobone *(San Remo)*.

NOTIZIE VARIE

Promozioni. — Leggemmo con piacere nel Bollettino Ufficiale del Ministero della Istruzione Pubblica del 3 luglio u. d. la notizia riferibile alla promozione ad *ordinari* dei dottori Cozzolino Vincenzo e Massei Ferdinando, professori straordinari presso la R. Università di Napoli, il primo di rino-patologia ed il secondo di laringologia.

L'operosità, la valentia, i meriti insomma dei due colleghi sono così noti ai nostri lettori, che l'unica meraviglia che essi si faranno nel leggere questa notizia consisterà nell'essere stata tanto ritardata una promozione guadagnata già da lungo tempo da Cozzolino e Massei.

Nel presentare ai nuovi professori ordinari vive congratulazioni, siamo lieti di constatare essere questa una prova della alta considerazione acquistatasi anche in Italia dai nostri studi speciali.

Clinica oto-rino-laringologica della R. Università di Pisa. — Nella Sessione estiva sostennero l'esame speciale facoltativo in oto-rino-laringologia i seguenti candidati, ottenendo l'approvazione con i voti (*trentesimi*) che seguono ciascun nome: Chiappe Luigi, 28; Chierici Gino, 25; Giachetti Vincenzo, 29; Lucchesi Pietro, 27; Lucchesini Tito, 29; Serafini Federigo, 29.

Libera Docenza. — Con decreto ministeriale del 21 giugno u. d. il dott. Silvio Genta conseguiva per titoli la libera docenza in otorinolaringoiatria presso la R. Università di Genová.

Collezione completa del Bollettino. — Essendo stata eseguita la ristampa di alcuni fascicoli del *Bollettino*, che erano esauriti, l'EDITORE è in grado di potere offrire ai richiedenti la collezione completa di questo periodico dal 1883 a tutto l'anno in corso.

La Direzione sente il dovere di ringraziare i seguenti Autori che si degnarono inviarle in dono le loro pubblicazioni:

Brugia dott. Raffaele. — *Le alterazioni del sistema gangliare simpatico nella pazzia pellagrosa.* (Cooperativa Tipografica Editrice. Foro Boario, 5. Imola 1901).

Cozzolino prof. Vincenzo. — *Contribuzione alla patologia e alla chirurgia dei tavolati profondi o durali dell'apofisi mastoide (con casuistica).* (Stamp. dell' Unione Tipografica-Editrice. 28, Corso Raffaello; Torino 1902).

Egidi dott. Francesco. — *Commemorazione del socio E. De-Rossi.* (Estratto dal Bollettino della R. Accademia Medica di Roma; Anno XXVIII, fasc. 1; Tip. fratelli Centenari; 30-31, Via degli Avignonesi; Roma 1902).

Gatteschi dott. Federigo. — *Le vegetazioni adenoidi naso-faringee in relazione ad alcune malattie dell'infanzia.* (Estratto dall'Archivio di otologia, rinologia e laringologia, vol. XII, fasc. 4; Unione Tip.-Editrice, Roma, Napoli, Milano; Torino 1902).

Giani dott. Raffaello. — *Angioma del cavo popliteo.* (Estratto dalla Clinica Moderna, Anno VIII, n. 5; Tipografia Luigi Niccolai Firenze 1902).

Gradenigo prof. G. — *Ueber die Exenteratio cavi timpani zu akustischen Zwecken.* (Sonderabdruck Archiv. für Ohrenheilkunde).

Jack dott. Frederick L. — *Sucessful operation upon a case of brain Abscess following suppurative middle ear disease.* (Damrelle e Upham, Pubishers; 283, Washington St. Boston 1901).

Luisada dott. Ezio. — *Le correnti d'alta frequenza nella cura delle*

congelazioni e delle ulcerazioni torpide della cute. (Soc. Tip. Fiorentina, 33, via S. Gallo; Firenze 1901).

Macnaugton Jones dott. H. — *The Edelmann « Galton Pfeife ».* (Reprinted from the Edinbourgh Medical Journal; Edinbourg and London Young J. Pentland. April, 1902).

Martuscelli prof. Giulio. — *Due casi di anomalia del padiglione dell'orecchio di cui uno seguito da operazione.* (Stamp. dell' Unione Tip. Editrice, 33, via Carlo Alberto; Torino 1901).

Massei prof. Ferdinando. — *A proposito di un corpo estraneo nell'esofago e di un altro in trachea.* (Estratto dagli Atti della R. Accademia medico chirurgica di Napoli. Anno LVI, n. 1; Tipografia Tocco e Salvietti, S. Pietro a Maiella, 31; Napoli 1902).

Mongardi dott. R. — *Forme attenuate di setticopioemia.* (Tip. della *Gazzetta dell'Emilia*, Bologna 1902).

Montelucci dott. Ruggero. — *L'aria e la luce nella lotta contro la tubercolosi.* (Stab. Tipografico Bellotti, Arezzo 1901).

Nencioni dott. Carlo. — *Megalosplenia nel cavallo. Enterite emorragica e paraplegia in seguito a cimurro.* (Estratto dal giornale Il Nuovo Ercolani; Anno V, n. 8; Tip. Ferd. Simoncini; Via S. Anna, 9; Pisa 1902).

Idem. — *Afta epizootica e la cura Baccelli.* (Estratto dal giornale Il Nuovo Ercolani; Anno VII, n. 3; Tip. Ferdinando Simoncini; 9, Via S. Anna; Pisa 1902).

Ostino dott. G. e **Gilardoni dott. E.** — *La varietà morforlogica adenoidea.* (Estratto dal Giorn. Med. del R. Esercito. Febbraio 1902; Enrico Voghera; Roma 1902).

Pizzetti sig. P. — *Influsso della Geodesia sul progredire delle Scienze fisiche e matematiche in generale.* (Vincenzo Bona; Torino 1902).

Ribolla-Nicodemi dott. Luigi. — *Talune alterazioni dei denti e dei tessuti annessi narrate al popolo. Profilassi.* (Tip. Salvatore Biondo; Palermo).

Ricchi dott. Teobaldo. — *La campagna anti-malarica del 1901.* (Stabilimento Giuseppe Civelli: Via Riva Reno, 36; Bologna 1902).

Rostirolla dott. Antonio. — *Un caso di amputazione interscapolo-toracica per encondroma omero-scapolare.* (Estratto dal Bollettino Medico Trentino n. 7, 10, 12, 1901. 1, 1902; Stab. lit. tip. Scosoni e Vitti ed. Trento 1902).

Secchi dott. Carlo. — *La finestra rotonda è la sola via pei suoni dall'aria al labirinto* (Unione Tip. Editrice Roma-Napoli-Milano; Torino 1902).

Secreti dott. Enrico. — *Infiammazioni e tumori nei seni sfenoidali* (Casa Editrice « Gran Mondo » Piazza Lucina 41; Roma 1902).

Tanturri dott. Domenico. — *Nota preventiva intorno alle lesioni paradifteriche delle prime vie del respiro.* (Estratto dalla Gazzetta Internazionale di Medicina Pratica, n. 4, Anno V; Tip. del Giornale, Via Medina, 17-51; Napoli).

Trifiletti prof. A. — *Sulla contrattura delle corde vocali in taluni casi*

di posizione mediana delle stesse. (Lib. Detken e Rotcholl, piazza del Plebiscito, Napoli 1902).

Transaction of the American Otological Society: thirty-fourth annual meeting. Vol. VII, Part. IV. (Published by the Society. Mercury Publishing Company, Printers; New Bedford, Mass. 1901).

Villari prof. Pasquale. — *Le Scuole di Scienze Sociali e le Facoltà Giuridiche.* (Estratto dalla Nuova Antologia 1° febbraio 1902; Direzione della Nuova Antologia; Via S. Vitale, 7; Roma 1902).

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1902 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza, 44.

Anno XX. **Firenze, Settembre 1902.** **N. 9.**

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

Un caso di assoluta anosmia in seguito a trauma del capo

per il Dott. R. HAHN.

S. G. 31 anni, contadino dei dintorni di Torino. — Una sera essendo ubriaco viene colpito violentemente al capo con un grosso bastone ; cade a terra privo di sensi, e rimane in questo stato sino al mattino seguente, ed allora sorretto da due persone può ritornarsene a casa. Il trauma fu seguito immediatamente da vomiti, otorragia sinistra, che perdurò cinque giorni, abbondante e duraturo scolo di sangue dal naso, forti vertigini, sordità bilaterale assoluta, accompagnata da intensi rumori subbiettivi, andatura barcollante. Pare non si sia notato scolo di liquido cefalorachideo, ma, per circa quindici giorni dopo il fatto, il malato soffiandosi il naso espellè coaguli sanguigni. Non vi fu stravaso palpebrale od emorragia sottocongintivale. Qualche giorno dopo il ferimento, quando fu un po' rimesso, osservò che aveva completamente perduto l' olfatto.

Vidi il paziente per la prima volta due mesi dopo il trauma.

Dall'anamnesi, raccolta dai parenti, non si riscontra alcunchè di notevole negli antecedenti, nè alcuna malattia

pregressa; secondo il padre avea udito finissimo, vista ottima, e non si era mai lamentato di anosmia. Non è fumatore, ma dedito al vino. L'individuo è robusto, la sua andatura è barcollante con leggera tendenza a pendere verso il lato destro: il barcollamento non si accresce ad occhi chiusi, sia stando fermo, sia nella deambulazione lenta e rapida. Per comunicare con lui bisogna scrivere le domande, alle quali risponde con parola lenta, strascicante, e con un certo qual ritmo. Non appare, quantunque lo asserisca il padre, notevole indebolimento delle facoltà intellettuali. Lamenta rumori subbiettivi bilaterali intensi di campane e d'acqua cadente. Accusa da circa un mese indebolimento della vista a sinistra, e dice di non percepire più alcun odore, non rendendosi più conto preciso del sapore o meglio dell'aroma degli alimenti.

In corrispondenza della regione parietale sinistra si nota una cicatrice lineare, lunga circa tre centimetri, diretta dall'indietro in avanti, dall'alto al basso ed in fuori: al limite inferiore esterno della medesima e parallelamente al decorso di essa palpasi una depressione estendentesi per circa due centimetri, colla profondità di 1|3 di centimetro.

Le comuni prove dell' esame della funzione uditiva riescono negative sotto tutti i rapporti; nulla è percepito per via aerea, nemmeno la detonazione di un arma da fuoco sparata nella stanza ; è abolita completamente la percezione per via ossea. Nè il cateterismo delle tube, che sono pervie, nè il massaggio pneumatico modificano affatto i rumori subbiettivi, che aumentano notevolmente colla galvanizzazione dell'acustico con debolissima intensità.

O. S. Nel condotto uditivo esterno non si vede altro che un po' di cerume, ed una piccolissima quantità di sangue disseccato. Nessuna traccia di abrasione o di ferita del condotto. La M. T. leggermente opacata, specialmente nei quadranti inferiori, è leggermente retratta ; triangolo luminoso ridotto. All'unione del quadrante postero superiore, col postero inferiore notasi una cicatrice lineare, probabilmente della soluzione di continuo attraverso a cui si fece strada il sangue; nel quadrante anteriore superiore vi

è una placca di deposito calcare. Al Siegle mobilità un po' subnormale.

O. D. Condotto uditivo esterno normale. M. T. più opacata che non quella del lato opposto, è pure retratta, non presenta tracce di cicatrici o depositi calcarei. Scarsa mobilità al Siegle.

Nulla di notevole per l'occhio destro ; l'occhio sinistro invece è affetto da forte indebolimento della facoltà visiva. Visus O. S. $\frac{1}{40}$ del normale. Si rilevano segni non dubbi di atrofia del nervo ottico ; la papilla è pallida, grigiastra ed è diminuito il riflesso pupillare alla luce diretta, il campo visivo spiccatamente ristretto ; sintomi questi tutti che fanno arguire una lesione del nervo fra chiasma e bulbo oculare.

L'esame del faringe e rinofaringe rivela faringite cronica secca, diffusa e leggera tumefazione degli osti tubari.

All'esame rinoscopico si riscontra una leggera rinite ipertrofica bilaterale, specialmente dei turbinati inferiori ; cresta del setto a sinistra, piuttosto pronunciata ; fessure olfattive libere, nessun segno di parestesia della mucosa nasale.

La funzione olfattiva è totalmente abolita ; il paziente non avverte alcun odore o profumo, neanche i più intensi e penetranti : gomma, essenza di rosa, lavanda, di menta, canfora, vaniglia, aglio, assafetida, muschio.

L'ammoniaca stessa non vien percepita altro che come « senso di bruciore ».

Insomma anosmia assoluta, completa, in individuo che, stando a quanto asseriscono parenti ed amici, avea prima del trauma un olfatto finissimo ; asserzione probabilmente un po' esagerata, perchè dal reperto rinoscopico ed otoscopico si potrebbe forse supporre, che già prima del trauma, potesse esistere un certo grado di ipoosmia (1).

---

(1) Conf. Gradenigo. *Sull'importanza dell'esame del senso olfattivo ecc.* Giornale della R. Acc. med. di Torino, vol XLII, an. LVII, fasc. 4-5 1894.

Collet. *Troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille.* Lyon médical, 7 février 1897.

Nulla di speciale all'esame del gusto: sono ben percepiti sebbene con ritardo, il dolce, il salato, l'acido e l'amaro.

Esaminata la sensibilità generale non si ha alcun fenomeno degno di nota.

È normale la sensibilità tattile, come pure la dolorifica e la termica.

Normali i riflessi cutanei; leggermente diminuiti quelli patellari, non clono del piede. Eccitabilità elettrica, cutanea, nervosa e muscolare normale.

Siamo dunque in presenza di un anosmia assoluta, insorta repentinamente in seguito ad un violento trauma della volta craniana. Indubbiamente si tratta qui di una frattura indiretta della base del cranio, che venne ad interessare le fosse craniche anteriori e medie, producendo strappamento dei nervi olfattivi ed abolizione della loro funzione.

Il decorso della frattura a sinistra, dalla lamina cribrosa (completamente interessata) sino alla rocca, passando per la piccola ala della sfenoide in corrispondenza della parete superiore del forame ottico, ci è nettamente indicata dai varii sintomi sopra descritti; è meno facile rendersi conto esatto del suo decorso a destra: probabilmente dalla fossa temporale sinistra, la fissura si propagò trasversalmente all'omonima del lato opposto, fatto questo che può accadere facilmente (1).

Le lesioni endocraniche dirette dell'organo dell'olfatto sono assai rare, mentre invece molto più frequenti possono essere quelle indirette.

I casi conosciuti di anosmia in seguito a traumi del capo sono per lo più dovuti a colpi o a cadute sulle regioni posteriori del cranio; il meccanismo della lesione sarebbe, secondo Reuter (2), il seguente: battendo l'occi-

(1) D'Antona. *Nuova chirurgia del sistema nervoso centrale*, Vol. II, p. 13, Francesco Vallardi.

König. *Trattato di chirurgia speciale*, Vol. I.

(2) Reuter. *Neuriti olfattorie* (Erkrankung des Riechganglion) Archiv für Laryngologie, 9 Band, 2 Heft.

pite, il cranio viene ad essere fermato ad un tratto nel suo movimento, mentre l'encefalo continua il movimento in avanti; si produce così uno stiramento di tutti i nervi craniensi, ed uno strappamento dei finissimi e delicatissimi nervi olfattivi. Reuter però non è sicuro che tale spiegazione convenga a tutti questi casi, perchè Oppenheim (1) pubblica una raccolta di casi, in cui si ebbe anosmia anche in seguito a traumi su altre parti del corpo.

Assai più raramente invece si ha lesione dell' olfatto per traumi delle regioni anteriori del cranio, come nel caso del quale ci occupiamo. Bergmann (2) opina che, in caso di frattura della base, nel momento in cui agisce il trauma, la fissura si apre, poi, ripigliando il cranio per elasticità la forma sua primitiva, si rinchiude, ed in questo modo i nervi olfattivi vengono o dilacerati o tagliati di netto in corrispondenza dei fori olfattivi. Potrebbe anche darsi che succedesse uno sminuzzamento della delicata lamina cribrosa, con sovrapposizione dei frammenti e schiacciamento a compressione delle fila olfattive.

In genere qualunque sia il trauma la funzione o è abolita definitivamente, se è avvenuto lo strappamento dei nervi olfattivi, oppure dopo un certo tempo si va poco a poco ripristinando, segno questo che l'anosmia primitiva era solo prodotta da compressione per spandimento sanguigno, che viene lentamente riassorbito (3). Questo fatto ebbi occasione di verificare rivedendo dopo parecchi anni un paziente al quale aveva fatto l'olfattometria nel 1894 (4). Costui cadendo da cavallo sulla testa aveva completamente perduto l'olfatto. Riesaminandolo nel 1899 riscontrai non più anosmia, ma solo notevole ipoosmia, e cioè:

---

(1) Oppenheim. *Die traumatischen neurosen*, Berlin 1892, citato da Reuter, l. c.

(2) Bergmann. *Lehre von den Kopfverletgungen*. Deutsche Chirurg. von Billroth. Lieferung 30, p. 398, cit. da Reuter, loc. cit.

(3) Noquet citato da Grazzi « *Fisiopatologia dei nervi olfattivi* » Relaz. IV Congresso Società italiana di Laringologia — E. Traversari. Empoli, 1900.

(4) Hahn citato da Grazzi, loc. cit., pag. 49.

Olfattometro di Zwaardemaker

	D	S
Gomma	6	8
Regolizia	6	8
Vainiglia	5 $^1/_2$	6 $^1/_2$
Muschio	5	6 $^1/_2$

Verso la fine del 1900, l'esame olfattometrico dava sensibilmente gli stessi risultati; all'olfattometro del Grazzi (1) avvertiva l'odore al nono disco (4 $^1/_2$ cent. di diam.).

Nel caso presente dopo sette mesi perdurava invariata l'anosmia e non é certo probabile abbia a migliorare la funzione olfattiva, perchè tutti i sintomi concordano troppo bene per una frattura della base del cranio interessante la lamina cribrosa. Persisteva pure la sordità completa e la potenza visiva dell' OS era sempre più indebolita.

Non sarà fuori di posto ripetere qui ciò che già ebbi ad accennare (2), vale a dire che l'esame olfattometrico sarà sempre un ottimo coefficiente per la diagnosi in casi di trauma del capo, giacchè esso ci potrà dare utilissime indicazioni non solo sull'esistenza di fratture delle fosse craniche anteriori, corroborando i sintomi che di esse possiamo avere e che in certi casi sono limitatissimi, ma ci potrà anche qualche volta indicare la direzione e l' estensione di altre fratture delle fosse craniche mediane e posteriori; ed a questo riguardo mi pare assai istruttiva la storia suesposta.

R. Università di Messina

Ambulatorio per le malattie d'orecchio, naso e gola

diretto dal **Prof. GIUSEPPE GARBINI**, libero docente.

NOTE STATISTICO-CLINICHE.

Grazie alla cortesia del prof. Giovanni Weiss, che mi cedette due stanze del suo Gabinetto, nel gennaio 1901

(1) GRAZZI. Loc. cit. p. 39.
(2) HAHN. Sul valor clinico dell'esame dell'olfatto. Torino, 1894.

potei istituire un ambulatorio, che se lascia naturalmente molto a desiderare, serve pur tuttavia discretamente per le dimostrazioni pratiche agli studenti. Sto combattendo sempre per ottenere un locale all'Ospedale, ma sia per le desolanti condizioni finanziarie di esso, sia per il solito ostacolo posto dalle Autorità ospitaliere alle *cose nuove*, ostacolo più accentuato quà forse che in altri paesi, finora mi fu impossibile ottenerlo. Per ora intanto, con grande mio sacrificio finanziario personale, tiro avanti alla meglio, cercando di unire il più che sia possibile al vantaggio dei malati quello degli studenti. Così gli infermi che non possono essere operati all'ambulatorio, li faccio possibilmente accogliere nella mia Casa di salute privata, la quale però naturalmente non è un Ospedale, e molte cose non vi si possono fare.

L'ambulatorio fu aperto dal 15 gennaio al 15 giugno 1901, e dal 15 novembre 1901 al 15 giugno 1902; le consultazioni si tennero tre volte la settimana.

In questi dodici mesi i malati visitati e curati furono 523, non molti per chi pensa alla popolazione di Messina, molti per chi conosce l'indole apatica degli abitanti e per chi sa che ogni medico tiene in casa propria un ambulatorio gratuito nel quale cura qualunque malattia.

Ecco le statistiche:

Malattie d'orecchio.	Maschi	140
	Femmine	96
	Bamb. sotto i 10 anni	54
		290
Malatt. del naso e della faringe	Maschi	78
	Femmine	73
	Bamb. sotto i 10 anni	28
		179
Malattie della laringe	Maschi	32
	Femmine	16
	Bamb. sotto i 10 anni	6
		54

Le malattie osservate e curate nei malati suddetti furono le seguenti:

MALATTIE D'ORECCHIO.

Eczema del padiglione	9
Otite esterna diffusa acuta	21
» » » cronica	31
Cisti sebacea del condotto	1
Foruncoli »	5
Ascesso »	3
Tampone di cerume	24
Corpo straniero nel condotto u. e.	8
Rottura traumatica della M. T.	3
Iperemia acuta dell'orecchio medio	7
Otite media catarrale cronica	29
Otite media iperplastica	21
Otite media purulenta acuta	22
» » » cronica	29
Otite media purulenta cronica con vegetazioni e polipi	19
Otite media purulenta cronica con lesioni dell'attico	10
Esiti di otite media purulenta cronica	8
Ascesso mastoideo	8
Carie del temporale	3
Otite interna sifilitica	4
» » secondaria a malattie dell'orecchio medio	10
Emorragia labirintica	2
Labirintite da orecchioni	1
» traumatica	1
Vertigine del Ménière	2
Nevrolabirintite da meningite cerebro-spinale	4
Sordomutismo	3
Paracusie da anemia	2
	290

MALATTIE DEL NASO E DELLA FARINGE.

Eczema nasale	21
Linfangiovite del naso	6
Lupus	1
Rinite catarrale cronica	3
» ipertrofica	13
» atrofica	12
» celtica	2
» pseudocaseosa	1
Deviazione del setto	3
Sperone del setto	3
Polipo sanguinante del setto	1
Gomma ulcerata delle fosse nasali	8
Polipi nasali	7
Epistassi da varici del setto	3
Corpo straniero (bottone)	1
Atresia cicatriziale delle narici	1
Rino-faringite catarrale cronica	3
» » atrofica	5
Faringite catarrale acuta	2
» » cronica	10
» iodica	1
» celtica	2
» atrofica	4
Gomma ulcerata in faringe	14
Ipertrofia delle tonsille palatine	8
Tonsillite follicolare	2
Peritonsillite	2
Ascesso retrofaringeo	1
Vegetazioni adenoidi	24
Perforazione celtica del palato	4
Sinusite frontale	1
» etmoidale	2
» mascellare	2
Gomma antro mascellare	1
Anosmia da causa centrale	1
Da riportarsi	175

Riporto	175
Epitelioma del cavo naso-faringeo	1
Sanguisuga in bocca	1
Difterite	2
	179

MALATTIE DELLA LARINGE.

Laringite catarrale acuta	5
» » cronica	12
» secca	2
» tubercolare	9
» celtica	8
Catarro tracheale emorragico	2
Croup	2
Laringospasmo	1
Paresi e paralisi delle corde vocali	6
Polipi della laringe	3
Epitelioma laringeo	2
Sanguisuga in trachea	1
Corpo straniero in laringe (spina di fico d' India)	1
	54

Fra le malattie dell' orecchio trovai relativamente molto frequente l'*otite esterna diffusa* sia acuta che cronica, dovuta la prima in modo speciale ai bagni di mare, che sono certamente una delle più grandi cause di malattie auricolari, la seconda all'incuria e alle cure antidiluviane usate dal popolo e purtroppo consigliate ancora da qualche pratico, quali l' acqua di malva, di lattuga, l'olio caldo ecc., che sono ancora gli specifici per le malattie dell'orecchio. La glicerina fenicata con o senza cocaina, la formalina, l'alcool borico mi diedero sempre ottimi risultati.

Corpi stranieri del condotto uditivo esterno. — Degni di nota per curiosità sono i tappi di cera. Ne ho osservati due casi e sono dovuti all' altro costume antidiluviano delle così dette *candelette,* la prima cura fatta dal popolo in

qualunque malattia d'orecchio. Spalmano di cera un pezzo di tela o di carta, lo avvolgono a cono, introducendo la punta nel condotto uditivo e poi vi danno fuoco; con questo sistema, dicono, *si levano gli umori*. Ma qualche volta la faccenda non va bene, e invece di fare uscire gli *umori*, fanno entrare la cera sciolta. Per estrarre questi tappi ho cominciato collo scioglierne la parte centrale introducendovi lo specillo scaldato alla fiamma; entrando poi in questo foro con diversi istrumenti potei levare il resto della cera.

Parecchie altre volte per estrarre corpi stranieri, non bastando le iniezioni forzate, si dovette ricorrere agli istrumenti; così per un seme di frumento, per un fagiuolo che stava nell'orecchio da due mesi e s'era enormemente gonfiato, per un seme di carruba; non fu però mai necessario il distacco del padiglione.

Più volte ebbi occasione di mostrare agli studenti i danni che possono arrecare le inconsulte manovre per l'estrazione dei corpi stranieri del condotto, e ricordo una povera bambina di 4 anni, da Novara, con distruzione completa della membrana e degli ossicini, grave otite media purulenta e fenomeni cerebrali consecutivi a manovre chirurgiche fatte nell'intento di estrarre dal condotto una pietra che poi non esisteva affatto!

Cisti sebacea del condotto. — Fu osservata in una ragazza, certa Teresa M. di anni 18, affetta da otite esterna diffusa cronica. La cisti della grandezza di un piccolo pisello stava nella parete posteriore del condotto; fu spaccata, raschiata ed asportate le pareti. Dopo ciò in breve tempo guarì anche l'otite.

Otiti medie purulente. Si fecero nove miringotomie in forme acute ed in tali casi il processo si risolse molto più lestamente; in due casi in cui vi era piccolissima perforazione spontanea e segni di mastoidite, la larga apertura della membrana fece regredire il processo e si ottenne in breve guarigione perfetta. Fra le forme acute se ne osservarono sei emorragiche dovute all' influenza.

Nelle forme acute ed anche nelle croniche semplici con piccola perforazione della membrana timpanica ed ab-

bondante suppurazione ricorriamo sempre volentieri all'acqua ossigenata come quella che ci dà buonissimi risultati, facendo seguire l'instillazione dal tamponamento con garza sterilizzata o all'aristolo. Nelle forme croniche con grande perforazione e poca suppurazione facciamo la pulizia a secco e successivo tamponamento con garza all'aristolo; se la mucosa della cassa è molto tumefatta e proclive alle vegetazioni ci serviamo spesso della garza al protargol; alle volte si tocca prima la mucosa con acido lattico. Le piccole vegetazioni si causticano colla perla di nitrato d'argento o coll'acido tricloroacetico. Le grosse vegetazioni e i polipi si asportano o col serranodi o colle curette o colle pinze, e quest'anno si fecero 19 di tali operazioni. Per impedire la riproduzione si ricorre alle volte con vantaggio al galvanocauterio. Si fecero 10 ablazioni del martello e 2 dell'incudine con buoni risultati, e in generale possiamc dire che colla pazienza e costanza, colle piccole operazioni dal condotto siamo riusciti a vincere molte otiti medie datanti anche da lunghissimo tempo e senza ricorrere a gravi operazioni. Naturalmente i malati dovevano essere medicati scrupolosamente dal medico tutti i giorni, e a questo scopo io me li facevo venire a casa mia nei giorni in cui non c'era ambulatorio pubblico. Meglio ancora sarebbe certamente poterli ricoverare, trattando i malati d'orecchio come tutti gli altri. *(Continua)*

CORRISPONDENZA SCIENTIFICA

Sulle Cliniche Oto-rino-laringologiche in Berlino

Egregio prof. Grazzi,

La prego di voler pubblicare nel suo diffuso giornale queste poche notizie sugli studii Oto-rino-laringologici in Berlino, e nella speranza di vedermi favorito, la ringrazio anticipatamente.

Trovomi a Berlino dal 1° maggio per studiare, e nelle migliori condizioni per conoscere queste cliniche oto-rino-laringologiche: nel darne quindi una breve relazione, non credo farò opera del tutto inutile per i Colleghi italiani.

Berlino è attualmente il centro in cui gli studii della nostra specialità hanno la loro vita più rigogliosa e più moderna.

Numerose sono difatti le cliniche governative e private, abbondante e vario il materiale clinico, molti i dottori di ogni parte del mondo che qui affluiscono, di solito per fare in oto-rino-laringologia le loro prime armi.

Le cliniche governative, vere cliniche, sono tre: due di otologia, dirette la prima dal prof. Lucae, e la seconda, affidata, dopo la morte del titolare prof. Trautmann, all'aiuto dott. Müller; e una per le malattie del naso e della gola, diretta dal prof. B. Fränkel. Le private sono veramente dei Policlinici, tra i quali menzionerò quello del prof. Baginski, del prof. Flatau, di Krause, Rosenberg, Heimann, Jacobson, Kirstein, oltre all'instancabile operatore prof. Jansen, il quale ha un policlinico e una casa di cura.

In ognuno di queste cliniche e policlinici, come ho detto, gli ammalati abbondano, ciò che attesta, che il popolo ha ormai imparato che le malattie dell'orecchio, del naso e del collo possono e debbono essere curate, al pari di quelle delle altre parti del corpo.

Io sto presso le cliniche del prof. Lucae e del prof. Fränkel, e vado quasi tutti i giorni nella seconda clinica Otologica e nella casa di cura del prof. Jansen, il quale, gentilissimo, mi ha accordato il permesso di assistere alle operazioni. Oltre a ciò ho potuto avere notizie molto dettagliate sull'andamento degli altri policlinici.

Mi limiterò intanto a parlare delle tre cliniche ufficiali e della clinica privata e del policlinico del prof. Jansen, sicuro che ciò basterà a dare anche un'idea degli altri policlinici.

La Clinica otologica del prof. Lucae, che è la prima clinica speciale istituitasi in Berlino, è situata in *Ziegelstrasse* ed è unita alla clinica oculistica. Essa è fornita di bei locali, non escluso un gabinetto speciale per il Professore e per l'Aiuto, ed ha 25 letti. Il policlinico si tiene tutti i giorni in un'ampia sala, e le lezioni son fatte dal prof. Lucae, tre volte la settimana, in un'aula appositamente costruita. Gli atti operativi si praticano di solito nei giorni delle lezioni e dopo terminate le medesime; possono assistervi tutti, dottori e studenti. La medicazione degli ammalati della clinica vien fatta giornalmente dal secondo assistente.

In complesso una clinica dove si lavora molto, con ambienti ben tenuti e molto comodi.

Le altre due cliniche ufficiali, la 2ª clinica otologica cioè, e la clinica del prof. Fränkel sono collocate in un isolato a parte e nuovo alla *Charitè (Luisenstrasse)*. Esse sono così disposte: il pianterreno, in cui si tengono i policlinici di tutte e due le cliniche, in locali s'intende separati; il 1º piano, in cui c'è la clinica del prof. Fränkel; il 2º piano, in cui c'è la 2ª clinica otologica.

Queste due Cliniche, costruite di recente, sono più belle di quella del prof. Lucae, e specialmente quella del prof. Fränkel è tale da fare impressione a chiunque la visiti. In essa, tanto al Policlinico quanto alla Clinica, c'è tale un lusso di locali, di apparecchi, e tale una pulizia, da costituire, direi quasi, l'ideale d'una Clinica moderna.

Il prof. Fränkel fa lezione due volte la settimana, in una splendida sala appositamente costruita, mentre il policlinico funziona tutti i giorni, escluso s'intende la domenica, giorno in cui in Germania tace quasi completamente ogni lavoro clinico.

Nella stanza più grande del policlinico vi sono 12 posti, forniti di tutto l'occorrente per l'esame rinoscopico e laringoscopico e per le ordinarie medicazioni dei relativi organi. Questi posti sono giornalmente occupati dai 12 dottori che fanno il cosidetto *corso pratico* presso la clinica. Essi per entrare debbono avere qualche pratica di endoscopia, e ad essi sono ripartiti gli ammalati ambulanti, accompagnati ciascuno dalla rispettiva storia, in cui è anche scritto il risultato dell'esame obbiettivo, la diagnosi, la terapia.

I suddetti dottori non fanno altro però che medicare ognuno i proprii malati, e di tanto in tanto assistiti da un assistente, praticano qualche causticazione endonasale, o qualche asportazione di tonsille.

Il corso dura un intero semestre, che in estate si riduce a meno di tre mesi (maggio, giugno e buona parte di luglio).

Gli ammalati nuovi vengono osservati in una stanza speciale da un assistente, e spesso controllati dal professore.

La cura degli ammalati interni è affidata all'aiuto prof. Meyer.

Come ho detto, gli ammalati che vengono al policlinico sono molto numerosi, sorpassando ogni giorno il centinaio ; come anche molti sono gli studenti e i dottori che frequentano le lezioni.

Nella seconda clinica otologica, morto il direttore prof. Tautmann, per questo semestre non si tengono lezioni : vi è invece policlinico tutti i giorni, anch'esso molto affollato, e si opera spesso, per lo più dall'incaricato dott. Müller.

La Clinica, come quella del prof. Frankel, ha 25 letti, con ambienti molto comodi per gli ammalati, i quali hanno anche delle stanze apposite per passarvi le ore del giorno.

In tutte e due le cliniche poi, belle sale per operazioni, impianti elettrici ed elettroterapici completi, specie da Fränkel, laboratorii scientifici per istologia e batteriologia, gabinetti speciali, infine, per il direttore e il primo assistente.

Il prof. Jansen ha anche lui un policlinico per otoiatria e rinoiatria molto frequentato dai pazienti, in cui fa ai dottori un *corso pratico*, che dura un mese, e vien tenuto solo 3 volte la settimana. Oltre il corso pratico, il prof. Jansen fa un corso di operazioni sul temporale, anch'esso della durata di un mese.

Dove però c'è molto da imparare da Jansen, è alla casa di cura, in cui con una rapidità ed un'abilità speciale il chiaro professore opera quasi ogni giorno, e spesso fa parecchie operazioni nello stesso giorno. Importante il suo metodo d'operazione radicale per le sinusiti, per cui attraverso il seno mascellare porta via l'etmoide col cornetto medio, e apre il seno sfenoidale : anche per le operazioni radicali sull'orecchio, del resto, e sui seni frontali segue dei metodi diversi dagli ordinarii.

Ho assistito perciò nella casa di cura di Jansen a molte operazioni sul temporale e sul naso, fatte con grande maestria; ma siccome si tratta di ammalati privati, non ho potuto seguirne, come ho fatto nelle tre cliniche ufficiali, l'andamento consecutivo.

Oltre le suddette cliniche, vi sono, come ho detto, molti policlinici privati, in cui, i rispettivi direttori fanno dei corsi a pagamento per i dottori. Menzionerò tra essi Baginski, che fa dei corsi di oto-rino-laringologia i quali durano un mese; Rosenberg, Krause, Heimann di rino-laringologia, Flatau di oto-rino-laringologia ecc.

Il prof. Hartmann adesso non tiene più nessun policlinico.

Dirò in fine che da informazioni assunte mi risulta, che in tutte le Università della Germania esistono delle cliniche governative di oto-rino-laringologia, e che dal 1903 in poi gli studenti in medicina sono obbligati a frequentare per almeno un semestre una delle suddette cliniche, altrimenti non potranno conseguire la laurea.

Dalla breve relazione fatta sugli studi oto-rino-laringologici in Berlino, emerge sopratutto il concetto elevato e per nulla inferiore a quello degli altri rami della medicina, in cui è tenuta qui la nostra specialità sia dai pazienti che accorrono così numerosi a farsi curare, sia dal governo che fornisce i mezzi per istituire e per mantenere delle cliniche così complete, sia dagli altri medici e chirurgi, tra cui noto l'illustre prof. Bergmann di questa clinica chirurgica, il quale compreso dell'importanza assunta odiernamente dalla oto-rino-laringologia, non esita a mandare allo specialista gli ammalati pertinenti alla nostra specialità, e scrive quella bella prefazione nella nota monografia « sulle malattie del cervello, delle meningi e dei seni » del prof. Körner di otorino-laringologia in Rostock.

Quanta differenza colle condizioni in cui si trovano le poche cliniche ufficiali d'Italia, dove tuttavia non si lavora meno di qui?

Ricorderò di fatti, che, se a Napoli il mio antico maestro professor Massei ha da pochi anni un discreto policlinico di laringologia, l'egregio Professore per arrivare a ciò, ha dovuto a proprie spese mettere il laboratorio scientifico ed arredare la stanza più bella del suo policlinico.

E a Torino se abbiamo adesso un Istituto modello di oto-rino-laringologia, con 30 letti, un bel policlinico, impianto elettrico e relativi apparecchi diagnostici e terapeutici, laboratorii scientifici e molto materiale clinico, esso però è stato fatto a spese del direttore prof. G. Gradenigo il quale, spinto dal bisogno di avere un locale che rispondesse ai progressi della nostra specialità e della igiene, ha fondato un Istituto che gli fa tanto onore.

Ed ora due parole sui vantaggi e gli inconvenienti di tutti questi corsi a pagamento, ed avrò finito.

Come ho detto, il corso più lungo è quello di rino-laringologia che si fa nel policlinico del prof. Fränkel, e che dura un intero semestre; cioè a dire tre mesi in estate e tre mesi e mezzo in in-

verno. Gli altri corsi durano di solito un mese, e spesso non si tengono tutti i giorni. So di parecchi corsi che durano in tutto 18 ore!

Essi ad ogni modo, dato l' indirizzo pratico con cui vengono fatti, sono molto utili per fare apprendere quelle nozioni fondamentali di oto-rino-laringologia, che ogni medico pratico, dovrebbe avere.

Ma è proprio questo lo scopo di molti dei medici stranieri, che vengono qui a frequentare questi corsi? Lo sappiamo purtroppo tutti, non esclusi noi italiani: spesso succede che i suddetti medici ritornati nei loro paesi, si credono in diritto di chiamarsi specialisti e di darsi all'esercizio pratico della nostra specialità.

E ciò da che cosa dipende? io credo da due fattori principali: 1° dal fatto che « parlo dell'Italia » son molto poche le cattedre di oto-rino-laringologia, e quelle che ci sono, sono poco curate dal governo; 2° perchè l'insegnamento di questo ramo della medicina non è obbligatorio, come lo sono l'oculistica, la dermosifilopatia, ecc.

Per questo i giovani dottori in Italia escono dall' Università completamente digiuni di oto-rino-laringologia, mentre di oculistica, di dermosifilopatia, di ostetricia, ne sanno quanto basta per una buona cultura generale; salvo poi a rimanere parecchi e parecchi anni presso una clinica speciale, quando si vuole divenire veri specialisti. Siccome adunque quasi tutti i medici generici anche i più colti, si dànno all'esercizio pratico senza mai aver visto fare una endoscopia auricolare, laringea ecc., così quei dottori i quali vengono in Germania per 2-4-6 mesi e, frequentando uno o parecchi dei suddetti corsi, hanno imparato a vedere qualche membrana timpanica o qualche laringe, si credono in diritto di fare gli specialisti, perchè si vedono in condizioni un pò diverse degli altri loro colleghi, affatto digiuni di quelle cognizioni. Ciò poi è favorito dall' appannaggio e dalla reclame che conferisce loro presso il popolo, il semplice fatto di venire dalla Germania.

Questi individui intanto cominciando ad esercitare, quanto non faranno scapitare presso i pazienti e specialmente presso i colleghi medici l'importanza della nostra specialità?

Ed è proprio da questo fatto che deriva il convincimento, che io stesso ho sentito ripetermi da chirurgi e da medici distintissimi, che la oto-rino-laringojatria si impara in pochi mesi.

Se invece gli studenti di medicina fossero costretti, come per le altre materie speciali, a dare anche un esame di oto-rino-laringologia, e quindi a frequentare per un anno scolastico una clinica, si eviterebbe un inconveniente così grave; e quel ch'è più, i medici pratici, avendo imparato quelle conoscenze sulle malattie dell' orecchio, della gola e del naso per loro indispensabili, non lascerebbero p. es. divenir sordi tanti poveri ammalati, e molti ne sottrarrebbero alla morte.

Ecco perchè prima di terminare questa mia breve relazione, sento il dovere di unire al voto ripetutamente espresso dagli oto-rino-la-

ringologi d'Italia a coloro che della pubblica istruzione stanno a capo anche il mio, acciocchè con provvedimenti opportuni, e cioè estendendo il numero delle cattedre, migliorando le condizioni delle esistenti, e rendendo obbligatorio l'insegnamento della oto-rino-laringologia, vogliano togliere un così anormale stato di cose, che tanto danno apporta alla dignità professionale, all'umanità sofferente ed alla scienza.

Berlino 1° luglio 1902.

Dott. S. Citelli
Assistente alla Clinica Oto-rino-laringologica di Torino.

RASSEGNE

1. **Leptomeningite ed ascesso sopradurale sedente al lato opposto dell'otite;** per il dott. T. Bobone. — Fra tre casi interessantissimi che l'A. riporta in un suo contributo causistico, mi pare emerga il primo non solo per la sua rarità ma per l'interesse grandissimo che esso ci presenta e per le considerazioni di cui può esser base. Infatti si tratta di una grave manifestazione endocranica secondaria ad una otite purulenta che non era vicina ma al lato opposto. Perciò credetti utile di riportare questo fra gli altri casi che l'A. descrive nel suo lavoro.

Il fatto riguarda un malato anziano il quale al seguito di una otite media purulenta bilaterale aveva perduto l'udito. Quando lo vide l'A. trovò l'orecchio destro secco senza più timpano nè ossicini, la cassa timpanica di sinistra era invece ancora suppurante e necrosata con scolo fetido e di media quantità. Dopo 3 anni rivide il malato il quale presentava gli stessi fenomeni locali, ma che aveva ora dei fatti generali gravi, quali vertigine, dolore di capo al vertice, rigidità della nuca, reazione pupillare torpida, paralisi faciale inferiore sinistra. Diagnosticato un processo intracranico non ben localizzabile, fu intanto consigliata la trapanazione della mastoide; essa mostrò l'apofisi sana, e visto che non vi era altra guida, si fermò lì l'intervento. Insorsero poi fatti convulsivi tanto che il malato dopo 15 giorni morì.

La necroscopia mostrò carie necrotica della rocca sinistra penetrante nella fossa cerebrale media, meningite alle parti laterali ed alla volta, encefalite dell'emisfero sinistro, ascesso sopradurale destro situato in corrispondenza della base delle due circonvoluzioni centrali (frontale e parietale ascendenti).

L'A. porta due ipotesi onde spiegare la sede dello ascesso: 1° ebbe origine *in situ* per un grosso stravaso purulento fra la dura e il cranio perchè lì fu più intensa la pachimeningite; 2° derivò dal punto cariato della rocca sinistra, il pus essendo scorso lungo la

faccia ant. e sup. della rocca per la sella turcica nella fossa cerebrale media di destra per raccogliersi nel punto descritto. La compressione su questa zona corticale ove è il centro del faciale, spiega la paresi del nervo riscontrata a sinistra.

Ad ogni modo sta il fatto della rarità di un processo endocranico manifestatosi dal lato opposto alla lesione otitica iniziale, mentre si sa come di regola essi si manifestino in tutta vicinanza al fatto primitivo.

Ciò mostra come talora sia difficile la diagnosi e la localizzazione delle lesioni secondarie. La mancanza di segni nelle vie comunemente percorse dal processo purulento fece qui arrestare il chirurgo, e l'A. crede che di fronte ad un caso simile bisognerà al giorno d'oggi mettere a nudo la cavità timpanica ed esplorare la fossa cerebrale media ed il suo contenuto. (Dall'*Archivio italiano d'otologia*, vol. XII, n. 1). LIGORIO.

2. **Contributo alla casuistica dei tumori maligni dell' orecchio medio del prof. Giuseppe Garbini** — libero docente di oto-rino-laringologia nella R. Università di Messina.

Sono due casi che l'A. ha potuto sorprendere in due contadine dai 40 ai 45 anni, e che avevano tutte le parvenze delle comuni suppurazioni croniche dell'orecchio medio con polipi della cassa. Furono questi supposti polipi che tosto estirpati ed esaminati al microscopio condussero alla diagnosi di epitelioma l'uno e sarcoma l' altro, diagnosi che fu poi convalidata dal loro successivo e progressivo sviluppo, dalla grande diffusione alle regioni circumambienti e dall'esito letale. L'A. li rende noti per la loro grande rarità ; infatti se sono rari i tumori maligni dell'orecchio in genere, sono rarissimi quelli in specie della cassa del timpano.

Secondo l'A. di fatto non sono più di 25 i casi di epitelioma già pubblicati e non v'è completo accordo sul numero dei sarcomi che seppure non sono più di 40.

Siccome nei casi notati dall'A. non v' era di specioso che il dolore violento folgorante che si estendeva alla tempia ed alla nuca, egli raccomanda sempre l'esame microscopico quando alle suddette e supposte otorree con polipi sanguinanti vadano congiunti dolori eccezionali. — *Dall'Archivio italiano di otologia, rinologia*, ecc.

Dott. MONTELUCCI.

3. **Die Bakteriologie der acuten Mittelohrentzundung** (Batteriologia dell'Otite media acuta) per il dott. HASSLAUER — Uno degli argomenti i più studiati nell'ultimo ventennio è certamente, quello che riguarda la batteriologia delle otiti e delle loro complicazioni; e quasi nessuno dei membri più in vista del mondo otologico ha mancato di portare il suo contributo a questo argomento. Il tema è vasto molto più di quello che possa sembrare a prima vista, e le difficoltà incontrate dai varii autori sia riguardo alla tecnica dei loro esperimenti ed al modo di condurre le loro osservazioni, sia, e più ancora, riguardo al modo di interpretrarne i risultati, devono essare state,

come sono ancora, non poche a giudicarne dalle grandi divergenze esistenti tuttora tra gli otologi.

Mentre l'uno afferma che, nell'istessa maniera che nel naso, nel faringe e nella cavità boccale dell'uomo sano, esistono anche nell'orecchio medio del medesimo, i differenti germi patogeni, l'altro lo nega recisamente, e dichiara essere la cavità timpanica del sano priva di germi. Uno ha trovato nell'otite media acuta più frequente il diplococco, un'altro lo streptococco. Una parte non ascrive alle varie forme di stafilococchi, che ha spesso trovato, alcuna importanza diagnostica, un'altra rimane di parere contrario.

Fatta questa constatazione, l'Autore trova non privo d'interesse il riferire su un discreto numero di osservazioni, che egli fece, e l'enumerare le conclusioni alle quali le sue osservazioni l'han condotto, non senza aver fatto prima una lunga e minuta esposizione dei risultati a cui vennero gli autori che lo precedettero nello studiare la batteriologia dell'otite media genuina acuta, non che della secondaria e delle complicazioni che seguono alle otiti.

Gli studi dell'A. però si limitarono all'otite media acuta, tanto primaria che secondaria, separando i risultati ottenuti colla paracentesi del timpano ancora intatto, da quelli ottenuti dopo la perforazione timpanica spontanea.

Per determinare le specie dei batteri l'A. non si valse solamente dell'esame microscopico, ma anche delle culture e dell'esperimento sugli animali. Questo procedimento è estremamente necessario per poter condur bene le osservazioni. Infatti uno dei primi risultati che l'A. ne ottenne fu questo che, sugli 82 casi da lui studiati, solamente in 20 gli esperimenti di cultura e quelli sugli animali *constatarono* la diagnosi fatta al microscopio, il quale su 82 casi aveva rilevato in 65 la presenza del diplococco, sia solo (34 casi) sia accompagnato con cocchi (20 casi) e con bacilli (11 casi); in 9 la presenza di soli cocchi o bacilli, mentre pochi altri risultarono sterili.

Il resultato delle colture e degli esperimenti sugli animali, nei 20 casi in cui fu positivo, rivelò il *diplococco* 11 volte all'esperimento sull'animale e 12 volte nella coltura. Nei rimanenti casi gli animali inoculati rimasero in parte sani, e su quelli che ammalarono, o morirono non fu possibile stabilire le cause della morte.

Le culture diedero, come fu detto, solo in 12 casi il diplococco, in altri 12 lo stafilococco piogeno bianco, in 9 lo staf. piog. aureo, in 3 le due specie di stafilococchi assieme, in 4, streptococchi.

Per ispiegare queste differenze l'A. ammette che nel maggior numero dei casi di otite media acuta concorrono, a provocarla, più specie di batterii, dei quali il diplococco essendo quello che si sviluppa con più difficoltà nei nostri mezzi di coltura e che si trova in uno stadio di indebolimento, è facilmente soperchiato dagli altri batterii, specialmente dallo stafilococco. Con ciò l'A. non vuol negare affatto l'*invasione* secondaria di stafilococchi ammessa dagli altri sperimentatori, ma contestare che l'invasione secondaria sia fatta solo

dagli stafilococchi, avendo egli, anzi, potuto constatare in alcuni casi una invasione secondaria per parte di diplococchi.

Deriva, da tutto ciò, che una classificazione delle infiammazioni acute della cassa timpanica dal punto di vista batteriologico — Otiti da diplococchi, da streptococchi e da stafilococchi etc. — non regge, sia perchè la presenza di un dato microrganismo non si accompagna con alterazioni anatomo-patologiche nè con sintomi distinti; sia anche perchè nel maggior numero dei casi si trovano assieme due o tre specie di microrganismi, ognun dei quali è capace, di per sè solo, di eccitare la suppurazione.

L'A. termina il suo lavoro collo studio dei tre seguenti quesiti: 1.° Per qual via i batterii arrivano nella cassa timpanica? 2.° La cassa timpanica dell'uomo sano contiene batterii, o ne è priva? 3.° Basta la presenza di batterii nella cassa timpanica a provocarvi l'infiammazione, oppure è necessaria la cooperazione d'altre cause?

Riguardo al 1° quesito, riconosce, per l'invasione dei batterii nella cassa, cinque strade, delle quali la più diretta è quella della tromba d'Eustachio. A fianco di questa c'è una via indiretta, attraverso le fenditure dei zaffi di tessuto connettivo giacenti tra la cartilagine mediale della tromba e i dintorni dell'ostio faringeo di essa, Una terza via d'invasione diretta è data dal *C. U.* esterno e dalla membrana timpanica quando è perforata; la quarta è la via ematogena, quella cioè dei vasi linfatici e sanguigni; la quinta è quella che va dalla cavità cranica all'orecchio medio lungo il nervo acustico, e le propaggini della dura madre che s'immettono nella fessura petro-squamosa e nel canale di Falloppio.

In ordine al 2° quesito, le ricerche dell'A. lo portarono a condividere l'opinione, già accennata da Zaufal, che *la cassa timpanica dell'uomo sano non è priva di germi, ma contiene, sebbene in piccola quantità, dei germi patogeni capaci di svilupparsi.*

Ciò posto, l'A. si accorda anche col Zaufal per il 3° quesito. Chi impedisce lo svilupparsi dei batterii è lo stato di piena salute e di immunità dell'uomo, è la potenza battericida del sangue e dei succhi organici, l'energia vitale, non indebolita, delle cellule, la potenza di riassorbimento dei vari organi, e lo stato di assoluta integrità dell'epitelio vibratile. Se tutti questi protettori si alterano, come succede nelle malattie infettive; negli influssi reumatici, o traumatici; nelle infiammazioni croniche del naso, cavo naso-faringeo, tromba ed orecchio medio; negli stati febbrili di lunga durata; nei raffreddori, etc.; la resistenza della mucosa diminuisce, la virulenza dei germi, preesistenti, si accresce in seguito all'iperemia arteriosa che ne consegue, ed i germi son messi, così, in istato di provocare la malattia. (*Klin. Vortr, aus d. Geb. d'Otol. u. Pharyng. Rhin.*, V Bd., III Hft.). BOBONE (Sanremo).

4. — **Sui polipi sanguinanti del setto nasale**; pel dott. U. CALAMIDA. Questa denominazione è stata data dallo Schadewaldt a un tumore

benigno, vascolarizzato emorragico e impiantato nella porzione inferiore e anteriore del setto.

L'A. ha potuto esaminare dal lato clinico e anatomo-patologico 6 casi di questa affezione che è rara e su cui gli autori furono sin qui poco in accordo tanto riguardo alla etiologia, come riguardo alla natura ed alla prognosi.

Passata in rassegna la letteratura in proposito e descritti i suoi 6 casi che riguardano 4 donne adulte, un vecchio e un bambino di 9 anni, l'A. tratteggia nettamente il quadro di questa importante affezione.

Pur non essendovi esclusione di età, essa prevale nell'età seguente alla pubertà, la lesione è unilaterale e frequente più nella donna che nell'uomo. La grossezza varia coll'età del tumore e pure assai variabili ne sono la forma, il colore, lo stato della superficie, etc. . . La consistenza può esser molle o fibrosa e talora varia nello stesso tumore; vi è peduncolo breve, sottile, fibroso.

Alle sezioni microscopiche si trova un rivestimento d'epitelio per lo più pavimentoso con isole tappezzate d'epitelio cilindrico. L'A. ritiene che la prevalenza di rivestimento pavimentoso si debba alla sede di impianto (regione del vestibolo) piuttosto che a metaplasia d'epitelio cilindrico in pavimentoso essendo questo diffuso su quasi tutto il tumore. La massa del tumore può assumere i caratteri del fibroma teleangectasico, del fibro-angioma, dell'angioma e spesso i vari tipi si trovano uniti nello stesso neoplasma. Vi sono poi dei punti periferici con infiltrazioni parvicellulari che furono erroneamente da qualche autore interpetrati come indice di una natura sarcomatosa del tumore.

Quanto all'etiologia l'A. osserva come la sede d'impianto sia già quella preferita di molte altre manifestazioni morbose (sifilide, tubercolosi, emorragie etc.); qui l'irritazione degli agenti esterni è più attiva, e pare che la resistenza del tessuto sia minore per ragioni anatomiche.

L'etiologia rimane tuttora indecisa; fu incolpato il trauma, la rinite secca, un processo cronico, ma tutto è soggetto a critica: l'A. propende per una base infiammatoria dovuta a stimoli di varia indole, per cui si ha neoformazione di vasi e di connettivo.

La neoplasia dà solo disturbi meccanici ed emorragie. La diagnosi va controllata coll'esame istologico, e la sola cura possibile è la completa asportazione e causticazione della base d'inserzione. (Dall'*Archivio Italiano d'Otologia*, vol. XI, n. 4). LIGORIO.

5. **L'infiammazione acuta dell'amigdala faringea**; pel dott. H. BECKMANN. — L'A. descrive quale entità patologica l'infiammazione acuta della ghiandola di Luschka, manifestantesi colla sua ipertrofia con ostruzione del canale naso-faringeo, deposito di muco-pus ecc... Un tale processo può diffondersi al naso, cagionare delle sinusiti o farsi strada verso l'orecchio.

L'O. ha potuto vedere che dei malati di forme recidivanti di

reumatismo articolare acuto cessarono di avere gli accessi quando fu loro estirpata la ghiandola di Luschka infiammata. La possibilità che tale organo serva di porta d'ingresso ad infezioni di vario genere è ormai accertata e per la tubercolosi polmonare è pure facile che i germi penetrino da lì nel torrente linfatico e, ove i gangli non li arrestino, penetrino nel polmone.

Se la cura medica colle polverizzazioni, gargarismi ecc.... non dà resultato, bisogna senza esitare procedere all' estirpazione che deve esser completa e spinta fino alla fibro-cartilagine basilare. (Società di Medicina berlinese). *Dalla Semaine médicale*, anno 1902, n. 24.

LIGORIO.

6. **Le Specialità Farmaceutiche della On. Ditta A. Bertelli e C. di Milano.** — Dal « Corriere Sanitario » del 24 agosto c. a. n. 34 rileviamo l'importante notizia delle specialità medicinali inscritte nella Farmacopea Ufficiale:

« Essendo imminente la pubblicazione della seconda edizione della Farmacopea Ufficiale, nella quale figurerà anche un breve elenco dei preparati farmaceutici nazionali, che vennero diligentemente esaminati e giudicati da speciale Commissione tecnica, ne venne data comunicazione alle case interessate. Fra le pochissime inscritte, segnaliamo le specialità A. Bertelli e C. di Milano, inscrizione annunciata alla Casa da lettera Prefettizia in data 14 agosto Div. III^a, Sez. M. P., n. 22995, cioè: *Pillole di Catramina; Pitiecor* (olio di fegato di merluzzo alla catramina); *Feroliche* (gocce stricno-ferro-manganiche-arsenicali, accuratamente titolate); *Marzialine* (pillole di joduro di ferro al minimo protojoduro di ferro gelatinizzato, inalterabile, solubile); *Preparati vegetali Indiani* (sotto forma di *pillole* o di *amaro-liquido*, a base di estratti di gomma-gutta, coloq. comp., arnica, ecc.); *Roob vegetaliodato* (decotto concentrato, inalterabile, di salsapariglia, con iodio al 0,75 $^0/_{00}$); *Balsamo antinevralgico-antireumatico Green; Santaline* (olivette gelatinose d'olio di sandalo vergine composto, antigonorroiche-antiblenorragiche); *Capsule di Taurrina* (tonico-purgative), ecc. ».

Siamo lieti dalla fortuna toccata alle specialità Bertelli, meritamente riconosciute, per razionalità di formule ed efficacia terapeutica, tra le migliori preparazioni italiane, perchè oltre essere più apprezzate e destinate a raccogliere maggiormente la fiducia della classe Medica, potranno anche aspirare all'esportazione estera, finora preclusa ai prodotti italiani, non essendovene di inscritti in Farmacopea.

NOTIZIE VARIE

Congresso Internazionale di Otologia di Bordeaux. — Ricordiamo ai nostri cortesi lettori che il Congresso Internazionale di Otologia di Bordeaux, che sarà il VII, che si doveva riunire quest'anno av-

verrà invece nel 1904. Questo cambiamento fu a suo tempo deliberato a causa del prossimo Congresso Medico Internazionale di Madrid.

L'epoca precisa sarà ulteriormente annunziata, ma essa avverrà verso la fine di agosto od al principio di settembre.

Errata-corrige. — Il titolo dell'insegnamento del prof. V. Cozzolino, del quale nel precedente fascicolo annunziammo la promozione ad Ordinario, è: *Otorinopatologia* e non Rinopatologia, come per errore fu stampato.

Collezione completa del Bollettino. — Essendo stata eseguita la ristampa di alcuni fascicoli del *Bollettino*, che erano esauriti, l'EDITORE è in grado di potere offrire ai richiedenti la collezione completa di questo periodico dal **1883** a tutto l'anno in corso.

La Direzione sente il dovere di ringraziare i seguenti Autori che si degnarono inviarle in dono le loro pubblicazioni:

Alessi dott. U. e Pieri dott. A. — *Le oscillazioni del ricambio materiale nell'epilettico.* (Tip. del Manicomio; Nocera Inferiore 1902).

Baratoux dott. J. — *Des injections de paraffine dans les cas de déformations du nez.* (Extrait du Progrès Medical; n. 20 mai 1902; Paris 1902).

Favilli dott. G. — *Contributo alla statistica della difterite e specialmente delle tracheotomie per croup durante l'uso del siero antidifterico.* (Casa Edit. D. F. Vallardi; Milano 1901).

Garbini prof. Giuseppe. — *Contributo alla casuistica dei tumori maligni dell'orecchio medio.* (Estratto dall'Arch. Ital. d'Otologia Rinologia e Laringologia. Vol. XII, fasc. I. Stamp. dell'Unione, Tip. Editrice; Torino 1901).

Garel dott. J. — *La toux de compression son importance pour le diagnostic des rétrécissements des bronches (Adénopathies et tumeurs du médiastin).* (Extrait des « Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx »; Masson et C.ie; 120 Boulevard Sains-Germain; Paris 1902).

Idem I. — *Un cas remarquable de Dextrocardie.* (Extrait de la Séance du 14 Février 1902 du « Bulletin de la Societé médicale des Hôpitans de Lyon »).

Labat dott. A. — *Climat et caux minérales d'Allemagne.* (Librairie I. B. Baillière et fils, 19, rue Hantefeuille; Paris 1902).

Perez dott. Avendano. — *Intubations du larynx.* (C. Nand et C.ie editeurs; 3, rue Racine ; Paris 1902).

Pieri dott. A. — *Intorno alla patogenesi del delirio acuto.* (Estratto dalla « Riforma Medica » n. 259 e 260, Anno XVII; Tip. F. Failli 64, via della Consolazione; Roma 1901).

Idem. — *Ematemesi in una sisofoba.* (Estratto dalla « Clinica Moderna, n. 12, anno 1901; Casa Editrice F. Vallardi, 48 Corso Magenta, Milano).

Ruffini dott. Angelo. — *La cassa del timpano, il labirinto osseo e il*

fondo del condotto auditivo nell'uomo adulto. (Sonderabdruck aus « Zeitschrift für Wissenschafftliche Zoologie; Wilhelm Engelmann, Leipzig 1902).

Idem. — *Un metodo di reazione al cloruro d'oro per le espansioni nervose periferiche* (Atti della R. Acc. dei Fisiocritici di Siena; volume XIII, n. 1-2, 1902; serie IV).

Sota y Lastra dott. — *Enfermedades de la Nariz, Boca y Garganta.* (Escuela Tipografica Salesiana; Sivilla 1902).

Sune y Molist dott. Louis. — *Tratamento medico de las otitis medias agudas supuradas con propagación antral ó antro-mastoidea.* (Estracto de los Archivos latinos de Rinologia, Laringologia y Otologia del dott. Botey, Anno XIII, n. 115, 1901).

Tusini dott. G. — *Sopra alcune varietà di endoteliomi*; (Estratto dal volume « Per il XXV Anno d'insegnamento di Francesco Durante nell'Università di Roma »; Roma Soc. Edit. D. Alighieri, 1898).

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1902 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza, 44.

Anno XX. **Firenze, Ottobre 1902.** **N. 10.**

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor improbus omnia vincit.

A proposito di sanguisughe in gola

per il Prof. A. D'AGUANNO

Direttore del Dispensario per le malattie
dell'orecchio, della gola e del naso all'Ospedale S. Saverio.

Riferendomi ad un articolo del collega Garbini, comparso nell'ultimo numero di agosto del *Bollettino delle malattie d'orecchio, ecc.* del Prof. GRAZZI, debbo fare osservare che la presenza delle mignatte nelle prime vie del respiro non è un triste privilegio della Sicilia orientale, come l'egregio collega ebbe ad esprimersi, poichè qui a Palermo non di rado capita osservarne dei casi tipici, e se non ne ho fatto cenno prima d'ora è stato solo per la relativa frequenza con cui essi s'incontrano.

Ma già in questo stesso Bollettino il mio compianto amico e predecessore nella direzione del *dispensario oto-rino-laringojatrico* all'Ospedale di S. Saverio, prof. Ficano, fin dal settembre 1892 (p. 202) avea riportato un caso di sanguisuga in trachea da lui ritenuto fino allora come unico, mentre non ricordo più da chi gli fu fatto osservare esserne stati descritti parecchi analoghi prima del summentovato.

I sintomi che tale parassita, attaccato alle prime vie del respiro, suole apportare, sono, si può dire, patognomonici, pure se l'osservazione diretta col laringoscopio non viene a con-

validare il nostro asserto non possiamo con sicurezza diagnosticare la presenza della sanguisuga. Un caso capitatomi giorni sono mi spinge a fare appunto le precedenti restrizioni.

La signora S., di anni 44 da Borgetto, (prov. di Palermo), viene a consultarmi il 18 corrente agosto per sospetto di mignatta in gola. Da parecchi giorni, dopo aver bevuto dell'acqua in una fontana in campagna cominciò a sentirsi un formicolio alle fauci dal lato destro e quindi sputi di sangue. Malgrado avesse praticato dei gargarismi freddi e astringenti l'emorragia continuava, ed a volte veniva anche sangue dalle fosse nasali. Al 5° giorno, continuando gli stessi sintomi, per consiglio del medico locale, dott. Marano, essa viene a consultarmi. È molto agitata, nervosa, sebbene di costituzione molto robusta. Nulla di notevole alle fosse nasali. Grumi di sangue in tutta la parete posteriore del faringe. Sangue anche nell'adito laringeo specie a destra. Invitando l'inferma a tossire ed espettorare varie volte, v'ha sempre sangue con qualche cosa di nerastro nella fossetta glosso-epiglottica destra dove accusava il formicolio. Dubitando trattarsi di una mignatta applico in quella direzione la pinza di Fauvel ma infruttuosamente, poichè quel corpo nerastro che nella fugacità dell'osservazione, stante l'intelleranza dell'inferma, mi era apparso una possibile sanguisuga, altro non era che un grumo sanguigno.

Torno a riesaminare la località incriminata, e questa volta non osservo che del sangue rutilante. Allora faccio una pennellatura in loco di percloruro di ferro concentrato e il sangue scompare. Non avendo più rivista l'inferma nei giorni successivi, ne domando notizie al suo medico compaesano, e quegli mi fa sapere che la signora sta benissimo e non ha più avuto alcuna emorragia.

Ho voluto riportare questo caso per tenerci sempre in guardia dai falsi allarmi o dalle facili suggestioni che ci possono far cadere in errori diagnostici, tanto più noi della Sicilia cui capita con maggior frequenza osservare delle mignatte nelle prime vie del respiro.

Riscontrando ora i miei appunti della pratica privata, ho potuto notare i due seguenti casi di mignatte in laringe con una estremità penetrante in trachea.

29 agosto 1899. N., a. 38, da Caccamo (prov. di Palermo), moglie del fattore del principe di Galati, inviatami dal dottor Randazzo.

Da parecchi giorni sputo di sangue senza causa apprezzabile. Costituzione robusta. Assenza di tosse, o quasi. Senso di formicolio alla gola. Sangue alla faringe. All'esame laringoscopico si nota una sanguisuga in laringe situata per traverso nella regione interaritenoidea, con una estremità penetrante in trachea. Estrazione con la pinza di Fauvel.

23 settembre 1899. Scalici Angelo, anni 25, da Torretta (prov. di Palermo), contadino.

Da cinque giorni tosse e sputi di sangue senza causa apprezzabile. Si sente muovere ogni tanto un corpo estraneo in gola in corrispondenza della tiroide. Nulla al faringe tranne i soliti grumi. All'osservazione laringoscopica piccola mignatta alla commessura anteriore delle corde vocali colla coda penetrante in trachea. Estrazione colla pinza di Fauvel.

All'ambulatorio speciale dell'Ospedale di S. Saverio che dirigo dall'anno scorso ho potuto constatarne altri tre casi: l'uno in persona di un contadino, di anni 20, dei dintorni di Palermo presentatosi il 20 agosto 1901 con sanguisuga in laringe, che non ho potuto operare perchè non avevo momentaneamente con me una pinza laringea. La sanguisuga era situata sulla corda vocale sinistra. L' infermo, invitato a ritornare, non si fece più rivedere; forse l'avrà espulsa spontaneamente dietro qualche colpo di tosse.

Negli altri due casi la mignatta era attaccata nello spazio naso-faringeo. In uno si trattava di un contadino di anni 25 dei dintorni di Palermo, presentatosi all'ospedale il 20 luglio scorso. Egli accusava da pochi giorni sangue dal naso e dalla bocca, ed avvertiva un senso di formicolio al dietrogola. All'esplorazione della fossa nasale anteriore non si scorgeva nulla di notevole tranne dei grumi sanguigni. Sangue vivo poi e grumi si notavano in faringe provenienti dall'alto. Nulla al laringe. Alla rinoscopia posteriore si vede una grossa mignatta nello spazio naso-faringeo, mignatta che estraggo subito colla pinza di Loevemberg che avevo sottomano.

Qualche giorno dopo, il 22 luglio, mi si presenta all'ambulatorio una contadina Di Gregorio Concetta di Salvatore di anni 33 da Roccapalumba accusante gli stessi sintomi del precedente.

Da pochi giorni sangue dalla fossa nasale destra e dalla bocca. Il medico del paese avea fatto diagnosi di tumore emorragico del naso.

Alla rinoscopia anteriore nulla di notevole. Alla faringe

sangue e grumi in discreta quantità proveniente dall'alto. Alla rinoscopia posteriore si nota un corpo grigio-nerastro, lucente, in corrispondenza della coana destra. Faccio subito diagnosi di sanguisuga, e con qualche difficoltà estraggo colla stessa pinza di Loevemberg una piccola mignatta dallo spazio naso-faringeo, in corrispondenza della coana destra.

Come si vede, questi cinque casi, che succintamente ho riferito, appartengono tutti a contadini, e tutti si sono verificati nella stagione estiva, quando per dissetarsi questi poveri paria del suolo ricorrono facilmente alle acque stagnanti o ai corsi d' acque inquinate da tali parassiti. I sintomi da essi presentati sono quasi tutti analoghi e danno una forte presunzione per la diagnosi di sanguisuga in gola; però non conviene mai fare a fidanza con tale quadro fenomenologico, ma devesi sempre accogliere col beneficio dell'inventario il racconto dell' infermo, specie se questo è un'isterica facilmente suggestionabile, e sbilanciarsi a fare una diagnosi sicura solo quando lo specchietto laringeo o l'osservazione *de visu* ci mostra la presenza della sanguisuga nelle prime vie respiratorie.

Palermo, agosto 1902.

P. S. — In questi ultimi giorni i miei assistenti Dottor Ferro e Dott. Ferruzza hanno osservato all'Ospedale altri due casi di mignatte in laringe in persona sempre di contadini.

R. Università di Messina

Ambulatorio per le malattie d'orecchio, naso e gola

diretto dal **Prof. GIUSEPPE GARBINI**, libero docente.

NOTE STATISTICO-CLINICHE.

(*Continuazione e fine; vedi n. precedente*).

Caso degno di nota è un'otite media purulenta cronica con *otorragia nel periodo mestruale.* Ragazza di anni 18, cameriera. Soffre di otite media purulenta cronica destra con piccola perforazione della M. T. dalla quale esce una piccola vegetazione.

Ad ogni mestruazione c'è scolo di sangue dall'orecchio. Guarì coll'asportazione della vegetazione.

Di complicazioni delle otiti medie purulente si ebbero 8 *ascessi mastoidei* e 3 casi di *carie del temporale* operati in casa mia alla presenza di qualche studente.

Degno di nota è un caso di *algia mastoidea*. S. Maria, di anni 24, donna di casa, maritata da due anni senza prole. È sempre stata assai nervosa, va soggetta a convulsioni isteriche. Venne all'ambulatorio il 4 febbraio dello scorso anno, raccontando che 10 giorni prima aveva avuto l'influenza con forte dolore di gola, febbre, e poi fortissimo dolore all'orecchio sinistro, dolore che era cessato in seguito all'uscita del pus. Così pure era cessata la febbre, rimaneva solo uno scolo piuttosto abbondante per il quale prescrissi dell'acqua ossigenata. Alcuni giorni dopo i parenti vennero a pregarmi che andassi a vederla in casa perchè l' inferma era stata colta da forte dolore alla mastoide e alla metà sinistra della testa e da delirio.

Andai a visitarla e la trovai giacente a letto abbattutissima cogli occhi chiusi e in un continuo lamento. Interrogata, ella rispondeva raccontando le sue immense sofferenze non cessando mai di parlare. Da due giorni era in quello stato senza prender cibo, anche un sorso di acqua o di latte provocava la nausea e conati di vomito. Temperatura normale. All'esame obiettivo non trovai nulla di nuovo, la suppurazione dell'orecchio era molto diminuita, nessuna tumefazione alla mastoide, il dolore intensissimo, ma piuttosto superficiale era risentito in grado massimo alla mastoide, ma si poteva provocare in un minor grado anche toccando altri punti della metà sinistra della testa ed anche del lato opposto.

Era da escludersi quindi qualunque complicazione e trattavasi di fenomeni isterici; infatti dopo essere stata per altri tre giorni più o meno in quello stato, l'ammalata potè alzarsi e in breve guarì perfettamente.

Nelle *otiti medie catarrali croniche* genuine le iniezioni intratimpaniche, il massaggio, ci diedero discreti risultati; ma nelle forme iperplastiche non si ottenne mai nulla.

In tre casi di *esiti di otiti medie pur. cron.* ottenemmo un discreto miglioramento con la cura chirurgica.

Fra le *otiti interne* due operazioni meritano particolare menzione :

Labirintite da orecchioni. C. Gioachino, di anni 3, da Tripi. Fu portato da me dai genitori, robusti contadini che hanno altri due figli sanissimi. Il bambino in parola è pure di aspetto robusto e bene sviluppato e fino all' ultima malattia sofferta sentiva benissimo. Quattro mesi prima che io lo vedessi fu colto improvvisamente da tumefazione delle regioni parotidee di ambo i lati e da febbriciattola, che a detta dei genitori durò una quindicina di giorni. Al quarto giorno di malattia, la mattina, con dolorosa sorpresa la madre si accorse che il bambino non rispondeva alle sue domande e dovette convincersi che era divenuto completamente sordo. Cessata la febbre, il bambino si alzò, ma per un po' di tempo barcollava non reggendosi bene in piedi. Questo disturbo poi cessò, ma l'udito non ritornò più. All'esame obiettivo dell'orecchio non si trova nulla di anormale, all'esame funzionale non è dimostrabile alcuna percezione acustica.

Sordità eredo-sifilitica tardiva. M. Giovannina di a. 12 fu portata da me il 21 gennaio dello scorso anno. Il padre, bracciante, è morto in America, la madre vivente e sana ebbe due aborti e due altri figli morti nei primi mesi di vita. L' inferma è sempre stata malaticcia, ha adeniti multiple, e da qualche tempo soffre di cheratite interstiziale. I denti incisivi superiori hanno l'erosione semilunare caratteristica dell'Hutchinson. Ha sempre fatto, e sta ancora facendo cure ricostituenti di olio di fegato di merluzzo, ioduro di ferro ecc. ma con poco vantaggio. Da alcuni mesi la madre s' era accorta che la bambina non sentiva bene, ma da una ventina di giorni circa l'udito era quasi interamente perduto e la bambina barcollava tanto da non poter camminare se non sorretta. All'esame funzionale si trova: Weber lateralizzato a sinistra, Rinne negativo, orologio e acumetro zero ; voce afona e forte zero ; viene percepita appena la voce fortissima gridata in prossimità degli orecchi. Le membrane timpaniche sono

leggermente opacate e molto retratte. Vi è leggera ipertrofia delle tonsille palatine, rino-faringite catarrale cronica. Si trattava quindi di otite media con rapida diffusione all'orecchio interno da sifilide ereditaria. Si fa subito un' energica cura specifica mista e nel tempo stesso si praticano doccie d'aria col cateterismo. Il risultato fu buonissimo, dopo circa due mesi poteva reggersi da sè e camminare senza aiuto, l'udito era ritornato discreto tanto da udire l'orologio a $^{10}/_{300}$ a destra e $^{5}/_{300}$ a sinistra; anche gli occhi guarirono e cosi tutto l'aspetto generale dell' inferma migliorò. La rividi anche quest'anno; l'udito si conservava abbastanza buono quantunque un po' meno dell'anno scorso subito dopo la cura, le vertigini non erano mai più apparse; si rifecero alcune sedute di cateterismo e si consigliò di riprendere dell' ioduro di potassio.

***

Fra le malattie del naso e della faringe assai frequenti si osservarono le ipertrofie delle tonsille faringea e palatina, le ipertrofie dei turbinati, tutte malattie legate, credo, in gran parte all' umidità e all' incostanza del clima. Le *vegetazioni adenoidi* osservate furono 24, cioè circa il 5 % di tutti i malati visitati, di ogni età e sesso, come ebbi già a rilevare in altro lavoro. Il metodo usato per l'asportazione della tonsilla faringea ipertrofica è sempre quello col coltello anulare di Gottstein e senza anestesia; qualche rara volta in ragazzi indocili si diedero alcune gocce di cloroformio tanto da intontirli senza però abolire i riflessi laringei.

Nelle *ipertrofie dei turbinati* si ricorre molto meno che per il passato alla galvanocaustica, usando più volentieri i mezzi cruenti, rifuggiamo però per quanto è possibile dalle vaste demolizioni; si asporta quel tanto che è necessario per ristabilire la respirazione nasale e nulla più. Abbiamo avuto occasione di vedere i danni portati da quelle enormi demolizioni praticate da qualcuno e ricordo un'artista di canto la quale dopo l' operazione era obbligata a tenersi costantemente un batuffolo di cotone nelle narici.

In queste operazioni endonasali ci giovammo assai

con grande vantaggio dell'adrenalina mista alla cocaina. Si eseguirono in quest'anno 12 turbinotomie, 7 asportazioni di polipi nasali, 6 tonsillotomie e 2 spezzettamenti delle tonsille, 19 ablazioni di tonsilla faringea, 3 speroni, 2 resezioni del setto, 1 apertura del seno mascellare del meato inferiore.

Nelle *faringiti granulose* oltre che del galvanocauterio abbiamo fatto uso con bastante successo degli schiacciatori del Grazzi.

Atresia cicatriziale completa delle narici. — A. Nunzio di anni 14. I parenti e il medico del paese che l'accompagnano, assicurano che alla nascita il naso era perfettamente sano e normale. Il bambino fu dato a balia presso una donna che si seppe poi sifilitica, e vi stette fino ai due anni; si seppe solo poi che in questo frattempo egli fu sempre malaticcio, ebbe parecchie eruzioni cutanee ed una malattia al naso, ma non fu mai curato. Quando fu ripreso a casa il naso era chiuso. Le ali del naso sono addossate al setto e ad esso unite in modo perfettamente simile da ambo le parti per mezzo di una cicatrice cutanea durissima, bianca. Non si poteva dire *a priori* fin dove le pareti fossero unite. Con un trequarti provai a fare una perforazione e visto che l'aria passava e quindi la cicatrice era limitata, allargai la breccia col bisturi e cauterizzai poi i bordi col galvanocauterio, mantenendo l'apertura con un apparecchietto d'argento. La respirazione nasale si riattivò benissimo.

Polipo sanguinante del setto. — M. Filippa, di anni 17 operaia. Nulla si può sapere dell'ereditarietà essendo figlia d'ignoti. Non sofferse mai malattie di qualche entità ed è di aspetto robusto e sano. Mestruò a 13 anni. Da alcuni mesi va soggetta ad abbondanti epistassi che si rinnovano ad ogni mestruazione, ed un giorno si accorse di un *pezzo di carne* (come s'esprime lei) che le ingombrava la narice destra e dal quale usciva il sangue. Un chirurgo glielo asportò colle forbici producendole una grave emorragia, ma dopo poco tempo il tumore ricomparve. Al momento del mio esame si vedeva un tumore liscio, rosso, della grandezza di un fagiuolo, di consistenza molle, compressi-

bile, inserito al setto. Fu asportato con l'ansa calda e non si riprodusse più. Il pezzo disgraziatamente andò perduto e non si potè fare l'esame istologico.

Epitelioma del cavo naso-faringeo. Contadino di Bova (Calabria) di anni 70, bevitore. Nessuna malattia antecedente, togli qualche reumatismo e una blenorragia a 20 anni. Ha moglie e 7 figli sani. Da cinque mesi ha occlusione nasale, dolori dietro il palato, otalgia a sinistra, dolori alla nuca; ultimamente abbondanti epistassi, alito fetido, deperimento generale. Alla rinoscopia posteriore si trova il cavo naso-faringeo riempito da un tumore a superficie irregolare, ulcerato, ricoperto da un intonaco grigiastro, duro, sanguinante al minimo tocco. Alla pressione si provoca dolore alla base della testa e minaccia di sincope. Per questa ragione non si potè neppure asportarne un pezzetto per esaminare al microscopio, ma la diagnosi era evidente e l'intervento impossibile.

***

Le malattie della laringe diedero il minor contingente, ed è anche naturale in un ambulatorio senza ospedale. Si osservarono però due casi di *croup*, uno dei quali guarì colle iniezioni di siero, il secondo visto al 4° giorno di malattia non potè esser salvato nè dal siero, nè dall'intubazione (fatta a casa).

Un bambino di 5 anni soggetto ad eccessi frequenti di *laringospasmo*, guarì perfettamente coll'asportazione delle vegetazioni adenoidi.

Si osservarono due casi tipici di *catarro tracheale emorragico.*

In tre casi di *laringite tubercolare*, sui 9 osservati, si fecero raschiamenti, del resto fra i topici, dopo tante prove, siamo tornati fedeli all'iodoformio in etere.

Per l'asportazione dei piccoli polipi delle corde vocali ci gioviamo con vantaggio dell'istrumento di Geronzi.

Spina di fico d'India in laringe. Ci tratta di una robusta contadina, certa C. Maria, di anni 35 che si presentò all'ambulatorio il 16 dicembre in preda a dispnea raccontando che poco prima mangiando dei fichi d'India

aveva sentito una forte puntura in gola e poi era stata presa da accessi di soffocazione. Al laringoscopio è facile vedere una lunga spina posta obliquamente dall'avanti al-l'indietro, impiantata nella faccia posteriore dell'epiglottide. Fu asportata facilmente con una pinza; era una spina della pianta di fico d'India, lunga 3 centimetri.

Casi degni di nota sarebbero due sanguisugue, una in trachea e l'altra in bocca, ma questi furono pubblicati separatamente (1).

Resoconto della riunione annuale (1902) della Società Belga d'otologia, di laringologia e di rinologia del dott. A. CAPART (figlio) (2).

LABARRE, di Bruxelles presenta un malato che fu da lui operato tre settimane avanti a causa di un vasto ascesso sottodurale con pachimeningite fungosa. Il raschiamento del focolaio morboso reclamò una trapanazione molto estesa comprendente la parte squammosa del temporale, una porzione del parietale e dell'occipitale. L'osso era per tutto molto friabile e la diploe ripiena di pus. L'ascesso sottodurale si era aperta una via all'esterno del cranio a livello dell'osso vormiano nella sutura petroparietooccipitale.

Il paziente era molto debole, ma non presentava fenomeni morbosi cerebrali.

La guarigione fu quasi completa alla fine della 3ª settimana.

L'otite erasi sviluppata sette mesi prima al seguito di una eresipela della faccia e del naso.

La membrana del timpano non si era perforata e, avanti l'intervento chirurgico, non s'era prodotta otorrea.

CAPART (figlio), di Bruxelles, fa vedere l'encefalo d'un uomo morto per una leptomeningite complicante una mastoidite di Bezold. In questo caso l'otite grippale aveva decorso senza dolore e l'otorrea aveva cessato alla fine del quarto giorno.

Due settimane prima dell'ingresso di quest'ammalato all'ospedale, in corrispondenza della regione mastoidea s'era prodotto un rigonfiamento doloroso.

Il primo intervento chirurgico consistè nell'operazione radicale, seguita dalla apertura di due ascessi cervicali e dalla abrasione di una porzione cariata dell'occipitale e di tutto l'apice dall'apofisi mastoidea.

Il secondo atto operatorio consistè in una esplorazione metodica, per mezzo della puntura, del cervelletto, del seno laterale, e del

---

(1) *Bollettino del* PROF. GRAZZI, Anno XX; n. 8, 1902; Firenze.

(2) *Revue Hebdomadaire de laringologie, d'otologie, ecc.;* an. XXIII, n. 27 (1902); Bordeaux.

cervello fino al ventricolo. Non si riuscì a trovare raccolte purulente ed il malato morì il giorno successivo con fenomeni di meningite della convessità.

Vent'anni prima della morte quest'individuo aveva ricevuto in duello un colpo di sciabola che gli aveva traversata la laringe e reclamata la tracheotomia. La cannula non era stato più possibile di levarla; era quindi interessante l'esame anatomico della laringe che aveva sopportato per tanto tempo un corpo estraneo. La glottide aveva solamente un mm. di lunghezza, e le corde vocali erano sostituite da piccole linguette. La voce era grave, ma perfettamente distinta, e sebbene il paziente fosse privato per tanti anni della respirazione nasale, non esistevano nel suo corpo traccia di tubercolizzazione.

Lo stesso autore presentò pure una malata da lui operata e guarita di una *tromboflebite del seno laterale,* sebbene si sviluppassero complicazioni polmonari. Per eseguire quest'operazione Capart disponeva solamente dell'assistenza di un collega, il quale amministrava il cloroformio, e si trovava in una piccola casa di campagna, nonostante queste difficoltà la guarigione fu rapida e 15 giorni dopo il primo atto operatorio fu potuta eseguire la plastica.

Cheval, di Bruxelles, mostra un malato guarito di una flebite del seno laterale, che fu operata in 3 differenti riprese nel suo turno ospitaliero.

L'operazione radicale non potendo eseguirsi altro che il giorno successivo a quello nel quale il paziente fu ammesso all'Ospedale, si eseguì dapprima per urgenza l'apertura di un esteso flemmone sottoperiostale, che aveva invaso una parte della fossa temporale ed il collo. Il vuotamento completo, eseguito dall'assistente, dott. Labarre, non fece cessare le brusche elevazioni di temperatura. La puntura aspiratrice del seno dava un resultato negativo. L'esame oftalmoscopico indicava una lesione endocranica.

Essendo assente il dott. Labarre, il dott. Capart (figlio), sotto la direzione del capo del turno, si messe alla ricerca d'un focolaio purulento. La faccia superiore della rocca petrosa fu esplorata fino ai nervi petrosi. Non trovando nessun fatto che potesse spiegare le condizioni del malato, fu inciso il seno, nel quale si riscontrò un trombo caseoso che fu raschiato per una estensione per quanto era possibile maggiore fino a ristabilire il corso sanguigno.

Inutile d'aggiungere che la giugulare interna, ridotta ad una sottigliezza estrema era stata legata più in basso che era possibile.

La guarigione si produsse rapidamente, sebbene fosse ritardata da una polmonite, senza gravità, della base sinistra.

Delsaux, di Bruxelles, presenta alcuni tagli eseguiti nell'encefalo d'una persona morta in seguito di un vasto ascesso cerebrale complicato da leptomeningite basilare e midollare.

L'otorrea datava solo da 5 settimane.

L'operazione condusse facilmente a scoprire la via d'una fistola

avente sede nel tegmen antri e che conduceva in un vasto focolaio purulento intrameningeo. Il drenaggio e i lavaggi eseguiti metodicamente non fecero cessare i progressi del male.

Le note importanti di quest'osservazioni consistono nella localizzazione nel lato opposto, nella mancanza dei fenomeni papillari e nell'integrità della mastoide.

Esaminando questi tagli si è sorpresi della estensione veramente grande che aveva l'ascesso.

Cheval, di Bruxelles, conduce una malata che ha operato con successo per le vie naturali di un *voluminoso lipoma della faringe*. L'enucleazione avvenne facilmente essendo stata praticata la tracheotomia preventiva, sebbene esistessero molte aderenze provocate da cauterizzazioni che erano state in precedenza eseguite.

Cheval non fece sutura ed alimentò la malata durante una settimana per mezzo della sonda lasciata a permanenza e passata a traverso le fosse nasali.

Il tumore estirpato pesava 80 grammi e rendeva molto difficile la respirazione e la deglutizione.

Delsaux, di Bruxelles, fece vedere un malato il quale presentava un'estesa ulcerazione del *padiglione dell'orecchio*. L'opinione predominante fra coloro che videro il paziente fu che si trattasse di una forma torpida di epitelioma senza dolore.

Lo stesso oratore presentò pure un secondo malato affetto da *ulcerazione tubercolare della lingua* ed anche una giovinetta di 15 anni avente un *tumore fluttuante della parete posteriore della faringe orale*. Contemporaneamente questa malata presentava delle adeniti cervicali in gran parte suppurate. Il Delsaux ottenne un notevole miglioramento con la cura interna consistente in preparazioni iodiche ed in cacodilato di ferro.

Infine il Delsaux presentò un malato che aveva una lesione laringea generalmente designata col nome di *eversione del ventricolo di Morgagni*.

Hennebert, di Bruxelles, porta alcune preparazioni microscopiche di una *fistola cervicale cieca esterna* situata al davanti della laringe sulla linea mediana. L'epitelio cilindrico dimostra l'origine respiratoria della fistola.

Hennebert presenta pure una malata affetta da *ipertrofia considerevole del padiglione tubario destro* che raggiunge quasi la linea mediana della cavità faringea ed il cui labbro posteriore, molto inspessito, ha contratte varie aderenze con la parete della faringe.

Un altro ammalato condotto dallo stesso specialista è affetto da *infiltrazione tubercolare diffusa della parete posteriore della faringe*. Le pennellazioni con l'acido lattico hanno prodotto un notevole miglioramento.

Labarre, di Bruxelles, mostra una *malata operata di sinusite mascellare con il processo di Luc*. Al seguito dell'operazione si produsse una sinusite frontale latente ed il giorno successivo si dichia-

rarono segni manifesti della malattia in corrispondenza del sopracciglio.

Fu eseguita l'operazione radicale della sinusite frontale e si riscontrò un processo di carie esteso alla volta dell'orbita. Attualmente il malato è perfettamente guarito e la cicatrice è poco depressa.

Goris presenta un malato che perse l'occhio al seguito di una esplosione che fece penetrare dei *fragmenti di legno nell'orbita.* Uno di questi fragmenti si fissò nell'etmoide e fu causa di disturbi funzionali nel naso che obbligarono Goris a procedere due anni e mezzo dopo ad una nuova operazione eseguendo pure l'enucleazione dell'occhio. Il fragmento misurava due centimetri e mezzo di lunghezza.

Broeckaert, di Gand, mostra una malata la di cui *deformità nasale è stata corretta con una iniezione di paraffina* solida e spiega la tecnica che egli consiglia e fa vedere gli istrumenti che adopra.

Anche *Delie* d'Yprès ha ottenuto buoni resultati senza essere così rigoroso nella valutazione della temperatura della paraffina. Broeckaert non contesta questi resultati, ma preferisce verificare col termometro se la vaselina non supera 65°, altrimenti temerebbe per la bruciatura e le retrazioni consecutive.

Capart padre, di Bruxelles, presenta un malato che ha fatto operare da Depage per un *epitelioma estesissimo* della laringe e della trachea.

La laringectomia totale è stata fatta dal basso in alto e la conservazione della muccosa della faringe ha permesso di far la sutura e ottenere una riunione di prima intenzione. Il malato che ha 39 anni, si è ristabilito e si fa comprendere senza molta difficoltà. L'operazione, fatta un mese avanti, è troppo recente perchè si possa emettere un parere circa la recidiva.

Bayer, di Bruxelles, non potendo intervenire alla riunione fa presentare dal dott. Penninckx *una malata di 49 anni guarita con l'elettricità statica della sordità accompagnata da vertigini e rumori,* anzi questi ultimi erano accompagnati da vomiti allorchè la malata guardava troppo fissamente un oggetto.

Le sedute d'elettricità duravano dai 5 ai 15 minuti. La paziente, isolata e messa in comunicazione col polo positivo della macchina, aveva applicato il reoforo in corrispondenza del meato uditivo esterno.

Rousseau, di Bruxelles, fa vedere un tumore *myxomatoso della amigdala palatina* della grossezza d'una fava. L'esame istologico fatto dal dott. Treprop d'Anversa fa vedere la presenza d'una gran quantità di elementi elastici. L'epitelio è cilindrico e in certi punti rivestito d'uno strato pavimentoso.

Questo tumore non dava nessun disturbo ed è rarissimo perchè non se ne conoscono ancora altro che 5 casi.

Rosseaux presenta pure un *voluminoso fibroma della laringe* che egli ha tolto per la via naturale.

La consistenza è tendinosa e le dimensioni sono: 35 millimetri di lunghezza con un diametro di 18 millimetri. L' inserzione trovavasi alla commettitura anteriore un poco al disopra della corda vocale destra.

L'estrazione fu fatta mediante l'ansa predetta, ma con difficoltà a motivo della durezza del peduncolo.

Il dott. Capart, padre, preferisce l'ansa calda che permette di terminare l'operazione, se ci accorgiamo che l' ansa fredda è impotente per ottenere la distruzione del peduncolo.

Broeckaert, di Gand, in un pezzo anatomico dimostra un *nuovo processo di resezione del trigemino* in caso di nevralgia ribelle. La descrizione è difficile a darsi in un breve resoconto, ma si tratta di andare ad aggredire la seconda, o la terza branca, nel punto di uscita dal cranio colla resezione temporaria dell'arcata zigomatica.

Goris crede che questa operazione sia facile ad eseguirsi sul cadavere, ma non tanto nel vivente anche adoperando un buon riflettore frontale e con l'uso dell'adrenalina.

Broeckaert a proposito di un *caso di endotelioma del padiglione dell'orecchio* riferisce intorno all'esame istologico del medesimo e si estende a parlare dei tumori maligni dell' orecchio.

Cheval mostra una ingegnosa modificazione dell'apparecchio di Lermoyez e Mahu per l'*applicazione dell'aria calda sulla muccosa nasale*: egli si serve della corrente elettrica per procurare il riscaldamento dell'aria che deve servire per la medicatura. Lo stesso oratore presentò un *istrumento che permette di iniettare in una maniera asettica la vaselina sterilizzata nella cassa del timpano*. Consiste in una felice applicazione dell'autoiniettore d' ampolle di Paillard, di Parigi.

Delsaux, dopo avere ricordato i recenti lavori che raccomandano le iniezioni intratracheali, presenta una *Siringa automatica* che ha fatta eseguire per questo uso.

Questo istrumento, semplice e sicuro, permette l'iniezione di una grande quantità di liquido senza la più piccola scossa. Lo stantufo è mosso da una molla racchiusa nella siringa ed il rubinetto di fuga si apre con un delicato movimento dell'indice.

Delsaux ha egualmente modificato il *sollevatore del velo palatino di Mahu* provvedendolo di una molla che rende automatica la sua fissazione.

Labarre fa vedere *delle forbicette per il raddrizzamento del setto nasale*: ha diminuita la larghezza dei coltelli e cambiata l'articolazione per facilitare l'introduzione dell'istrumento proposto da Moure.

Tretrop, d'Anversa, mostra una tavola elettrica universale munita d'un *acumetro millimetrico* permettente di valutare per mezzo di un telefono l'acuità uditiva per ciascun orecchio e per l'orologio, il diapason, la musica e la voce umana. Trétrop ha di già ottenuto dei numerosi vantaggi con l'uso di questo acumetro.

Mostra egualmente *un motore di trapani* di 5 millimetri di dia-

metro. Si può adattare ai rubinetti dei condotti d'acqua della città. Trétrop presenta ancora altri istrumenti che ha inventati e perfezionati per la pratica otolaringologica.

Labarre legge il suo *rapporto sulla patologia della tromba d'Eustachio.* Dopo avere ricordato le nozioni anatomiche e fisiologiche indispensabili, insiste sui mezzi di difesa che sono stati illustrati da Buys, Vurtz e Lermoyez e Viollet.

Passa in rivista le malattie congenite e traumatiche che sono piuttosto rare e descrive le salpingiti acute e croniche. I sintomi della infiammazione acuta consistono in una molestia faringea che diviene dolorosa al momento della deglutazione, nella sordità e nei rumori.

I segni obiettivi si rilevano con la rinoscopia posteriore, l'esame del timpano e l'ascoltazione dell'orecchio, mentre si eseguisce la doccia d'aria. Moos ha frequentemente osservato una salpingite difterica nelle autopsie che ha eseguita nella infezione difterica, i dolori dell'orecchio più frequentemente provengono da lesioni gutturali, ed in generale non si accorda molta importanza all'esame degli orecchi, i quali pur nondimeno sono affetti quasi nella metà dei casi, secondo la statistica di Wendt.

Labarre divide le infiammazioni croniche della tromba in semplici, ipertrofiche, ed atrofiche.

Descrive insieme le due prime forme la cui etiologia è spesso la conseguenza di una lesione prodottasi nelle regioni vicine ed è l'affetto di irritazioni ripetute (polveri, tabacco, alcool).

Il temperamento artritico e l' erpetismo sembrano avere dell'importanza. I sintomi possono essere nulli, o veramente allarmanti dal punto di vista delle condizioni generali. La sordità, le vertigini, i rumori e la cefalea non sono rari.

Il prognostico non è leggero quando la durata della malattia è lunga ed incominciano a prodursi dei disturbi funzionali riferibili alla cassa del timpano.

La salpingite cronica atrofica tien dietro alle forme precedenti e deve essere distinta da quella forma speciale che si osserva nell'ozena; è una malattia della vecchiaia. Sintomi: autofonia, timpanofonia dolorosa.

Fra le affezioni specifiche, l'autore ricorda la sifilide e la tubercolosi.

La forma luposa è stata già frequentemente osservata.

Le complicazioni di tutte le salpingiti sono le ulcerazioni, l'atresia o la stenosi.

A proposito dei corpi estranei della tromba, l'O. ricorda una osservazione inedita di Delstanche riguardante un framento di penna d'oca che si era impegnato nella tromba attraverso alla cassa del timpano.

I neoplasmi maligni non sono rari: molti ne sono stati osservati all'ospedale di S. Giovanni di Bruxelles. Labarre ne ha pubblicate tre osservazioni complete.

Nel capitolo delle nevrosi vengono ricordate dall' autore le anestesie tubarie e gli spasmi.

Le paralisi postdifteriche possono pure essere causa di disturbi uditivi per la paralisi del tensore del palato molle.

Riguardo alla cura è necessario di non trascurare le condizioni generali. Il linfatismo, la scrofola e l'erpetismo saranno presi in considerazione.

Lo specialista esaminerà e procurerà di combattere gli stati morbosi delle regioni vicine, che sono causa di malattie secondarie della tromba, come, p. e., l'eccessiva sporgenza posteriore dei cornetti, vegetazioni e residui di vegetazioni adenoidee, speroni e deviazioni del setto.

LABARRE consiglia di usare in precedenza il processo di Politzer e di non ricorrere al cateterismo altro che quando l' ipertrofia o la stenosi rendono il Politzer inefficace. Il catetere diviene allora la guida od il veicolo delle candelette e dei medicamenti modificatori, poichè la sua azione sola è illusoria.

La cura colle minuge, o candelette, è sempre la preferibile, mentre gli altri processi, massaggio, elettrolisi, aereotermia, sono solamente cure accessorie.

Uno speciale ricordo deve essere fatto per l'uso delle candelette bagnate nella adrenalina.

CAPART, figlio, dice che ha intenzione di riunire in un libro tutto ciò che ha raccolto riguardo ai fenomeni olfattici.

Per l'olfattometria propriamente detta è arrivato alle conclusioni seguenti: l'apparecchio dell'olfatto, sebbene sia rudimentale nell' uomo, presenta pur non di meno dei fenomeni importanti degni di essere presi in considerazione. L'abolizione delle funzioni olfattive è in rapporto con disturbi e con pericoli tali che è necessario che lo specialista procuri di sollevare gl' infelici che ne sono affetti.

(*Continua*).

RASSEGNE

1. Processo pratico per estrarre i corpi stranieri dal condotto uditivo. Il dott. Curhe propone un metodo assai pratico ed applicabile nei bambini molto più facilmente che non l'irrigazione.

Si sceglie un pezzetto di tubo a drenaggio a pareti piuttosto resistenti e che passi bene nel condotto uditivo; lo si spinge fino in contatto col corpo straniero, ed applicando la bocca all' estremo libero si aspira fortemente tirando la testa indietro.

La pressione atmosferica applica il corpo straniero contro l' estremo del tubo ed è facile che venga via con esso. Il tubo naturalmente deve esser tagliato perpendicolarmente al suo asse ed è bene

ungere un po' l'estremità con olio o petrolio onde la guttaperga sia appiccicaticcia e trascini più facilmente l'oggetto.

Come si vede il metodo è semplice assai e ancora più innocuo dell'irrigazione. (Dalla *Semaine médicale* 24 settembre 1902).

LIGORIO.

2. **Falsa otite suppurata, per gangli del collo apertisi nel condotto**; per il dott. MOUNIER. — Talora le infiammazioni periauricolari si impongono in modo da far supporre delle complicazioni mastoidee secondarie ad una otite che potrebbe esser passata misconosciuta. Son questi i casi in cui occorse gran cura per non cadere in errore ed intervenire su di una mastoide sana.

Ancora più complicati sono i casi in cui tali processi vengono a suppurazione e si aprono nel condotto uditivo dopo vari giorni di febbre e di dolore simulando una otite media suppurata con mastoidite.

L'A. riporta infatti di aver visitato un bambino di 2 anni convalescente di scarlattina, il quale aveva febbre alta, dolore all'orecchio destro e tutta la regione postero inferiore dell'orecchio tumefatta e dolentissima. Dalla vigilia colava pus dal condotto uditivo; il pus veniva più abbondante premendo in corrispondenza della punta della mastoide. Per abitudine più che altro (facendo la diagnosi evidente) l'A. praticò l'esame del timpano e con meraviglia lo trovò integro e le pareti del condotto sane; allora premendo sulla mastoide si vide che il pus colava da una fenditura posta nella parete antero-inferiore del condotto presso l'inserzione del timpano.

Restava dunque scartata la mastoidite e la otite media; si trattava di una suppurazione di vicinanza che si era fatta strada fin là; solo una suppurazione di un sacchetto di gangli cervicali poteva essersi vuotato nel condotto per una delle incisure del Santorini, specie di fessure situate nella fibrocartilagine del condotto perpendicolarmente al suo asse. Per meglio assicurarsi l'A. punse il timpano ma nulla rilevò di anormale; fece curare la nettezza del condotto con irrigazioni abbondanti ed in capo a 15 giorni tutto era cessato senza bisogno di praticare controaperture, giacchè il pus fluiva bene per la via da sè apertasi.

Si rileva dunque che occorre la più grande minuziosità nell'esame prima di qualunque intervento. Inoltre le mastoiditi primitive sono rarissime e se il timpano sembra sano, specialmente nei soggetti giovani, le tumefazioni periauricolari dipendono da causa diversa che non l'otite media. (Dalla *Revue Hebdomad. de laryng. et d'otologie*, 30 agosto 1902).

LIGORIO.

3. **Trattato dell' intubazione della laringe nelle laringostenosi acute e croniche del bambino e dell'adulto.** (Traité de l'intubation du larynx dans les stenoses laryngées aigües et chroniques de l'enfant et de l'adulte); per il dott. A. BONAIN. — Un altro trattato sull'intubazione ha visto la luce ed è quello del dott. Bonain di Brest.

Il Bonain, fra i primi a praticare l'intubazione in Francia, ebbe

il merito di diffonderla nel suo paese e vi riuscì specialmente dopo l'uso del siero antidifterico, prestando sul principio l'opera sua disinteressata nei padiglioni difterici di Parigi.

È impossibile riassumere in una breve rivista l'opera interessante del Bonain, dove ha portato in tutti i capitoli il risultato della sua lunga pratica ed esperienza.

Importantissimo è il capitolo dell'anatomia e fisiologia della laringe nei suoi rapporti con l'intubazione, ricco di figure bellissime che dimostrano ad evidenza come l'O' Duwyer ha pensato l'intubazione lungamente e non poteva meglio adattare i tubi alle laringi di diverse età; e quindi la forma di detti tubi che è stata la prima, è rimasta fino a questo momento la migliore per quante modificazioni si siano fatte in seguito.

Il Bonain oltre l'intubazione dei bambini, tratta con grande competenza l'intubazione negli adulti e questo è il miglior pregio dell'opera del Bonain, poichè espone con chiarezza le manualità dell'intubazione negli adulti che è alquanto differente e più difficile di quella dei bambini; dà le giuste indicazioni sia per le stenosi provocate da processi acuti infiammatori della laringe, semplici o infettivi e traumatici, sia per tutte le forme di stenosi croniche della laringe (tubercolosi, scleroma, pachidermia, neoplasmi, paralisi, tessuti cicatriziali ecc.); forme che debbono trattarsi o con la sola intubazione prima della tracheotomia o colla intubazione dopo la tracheotomia come mezzo ausiliario di questa.

Così è interessante l'articolo sull'intubazione come mezzo di diagnostico delle stenosi laringo-tracheali e quello come mezzo per praticare la respirazione artificiale e come procedimento del tamponamento della laringe, permettendo in questo modo l'anestesia generale per le vie naturali.

L'A. nella compilazione del suo trattato non ha trascurato, anzi ha apprezzato i lavori di tutti i paesi e specialmente ha tenuto conto degl' Italiani sia per la parte statistica che per la parte strumentaria, riproducendo i clichès delle modificazioni fatte all' apparecchio d'intubazione dal dott. Egidi di Roma e dei tubi giganti per adulti del prof. Massei di Napoli.

Chiudiamo questa breve rivista col raccomandare la lettura del libro del Bonain, dove si troverà una guida sicura e completa per la pratica dell'intubazione. Dott. Egidi.

4. **Intubazione laringea. Istrumenti, Tecnica, Vantaggi.** (Intubation du larynx. Istruments, Technique, Vantages.) per il dott. Perez-Avendano. — L'opera sull'intubazione del dott. Perez-Avendano è la migliore che sia conosciuta fin'ora sull'argomento. La pratica che ha l'autore sull'intubazione, perfezionata colla visita fatta a tutte le Cliniche Pediatriche d'Europa e d'America, e dalla lunga permanenza nei padiglioni dei cruposi e difterici di Parigi, ha ispirato l'autore stesso a fare questo trattato sull'intubazione nel quale sono raccolti i dati precisi sopra gli strumenti, la tecnica e le differenti

indicazioni, facendo così progredire largamente questa parte interessante della medicina infantile.

Il lavoro dell'autore viene diviso in due parti. Nella prima dopo d'aver riprodotto con bellissimi clichés tutti gli strumenti d'intubazione che si conoscono fino ad ora con i relativi perfezionamenti, fa la storia del cateterismo laringeo fino agli ultimi apparecchi attuali più in uso. Descrive poi le modificazioni apportate al suo apparecchio che è semplicissimo e consiste in una pinza che fa da introduttore ed estrattore insieme e in una serie di tubi, differanti nella loro conformazione esterna da quelli di O'Dwyer e quelli di Bayeux, essendo di una media lunghezza fra i due, tagliati a sbieco nell'estremo inferiore e senza manderino.

Con questo apparecchio realmente si è raggiunto un grande progresso, poichè l'operazione si rende più sicura e rapida, ed essendo i tubi senza manderino, il bambino può subito respirare appena introdotto il tubo, specialmente se l'operazione si prolunga ed ha bisogno di vari tentativi.

Nella seconda parte l'A. in parecchi capitoli parla del manuale operatorio della tecnica dell'intubazione e dell'estubazione di tutte le fasi che seguono l'intubazione, cioè cure e precauzioni da aversi al bambino intubato; difficoltà, accidenti e complicazioni dell'intubazione e maniera di evitarle; tolleranza del tubo, stabilità del medesimo, deglutizione, alimentazione, ecc. ecc.

E in tutti questi capitoli l'A. ha rivelato la sua grande competenza e pratica sull'intubazione.

L'opera quindi del d'Avendano merita di essere letta attentamente, poichè il pratico in essa troverà dei saggi ed utili consigli.

Dott. EGIDI.

NECROLOGIA

Recentemente mancava ai vivi uno dei primi cultori della laringologia il Prof. **Carlo Gerhardt**.

Egli pubblicava interessanti lavori sulla specialità fino dal 1859, si può quindi considerare come uno dei fondatori della giovane laringologia. Il prof. Gerhardt fu inoltre distinto pediatra e clinico medico e nei vari rami dell'insegnamento da lui coltivati con rara maestria meritò di occupare uno dei più alti gradi.

NOTIZIE VARIE

Società Italiana di Laringologia di Otologia e di Rinologia. — Il *sesto Congresso* della Società Italiana di laringologia, d'otologia e di rinologia, avrà luogo in Roma nei giorni 25, 26 e 27 ottobre. I titoli delle comunicazioni che i soci intendono fare devono essere

rimessi al segretario della Società dott. Vincenzo Garzia, Via Carogioiello a Toledo, n. 13, Napoli.

Per gli esercenti l'arte sanitaria. — L'*Annuario Sanitario Italiano* che conta omai tre anni di vita e che nel 1903 sarà gratuitamente distribuito a tutti i principali alberghi d'Italia, prega i signori esercenti l'arte sanitaria a voler sollecitamente inviare Milano, Via Gesù 23, il loro indirizzo e le modizcazioni da apportarsi alle appostazioni contenute nell'Annuario del 1902 allo scopo di rendere la nuova edizione più precisa e completa.

Collezione completa del Bollettino. — Essendo stata eseguita la ristampa di alcuni fascicoli del *Bollettino*, che erano esauriti, l'EDITORE è in grado di potere offrire ai richiedenti la collezione completa di questo periodico dal **1883** a tutto l'anno in corso.

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1902 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza, 44.

Anno XX. **Firenze, Novembre 1902.** **N. 11.**

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor omnia vincit improbus.

R. Istituto di Studi Superiori in Firenze.
Laboratorio di Patologia chirurgica diretto dal Prof. BAJARDI.

Ricerche sperimentali sulle iniezioni di paraffina nei tessuti

per il Dott. E. LIGORIO.

È noto come si vada adesso generalizzando un mezzo di correzione, contro certe deformità congenite od acquisite del volto, consistente nell' iniettare nei tessuti delle sostanze inerti le quali costituiscono come un implacato alla superficie cutanea onde essa presenti quelle sporgenze, o quelle forme che più convengono alla cosmesi.

Secondo che fu proposto ed applicato primieramente dal Gersuny si usò a tale scopo la vasellina la quale iniettata fusa nel cellulare sottocutaneo riprendeva la consistenza abituale e formava un buon sostegno alla cute. Veniva usata la vasellina giacchè il suo punto basso di fusione permetteva iniettarla facilmente a mezzo di una comune siringa del Pravaz e perchè non si aveva timore di ledere o irritare i tessuti introducendo in essi una sostanza di temperatura troppo a loro superiore.

A questi tentativi del Gersuny, il cui resultato fu incoraggiante e suscitarono ottime speranze, seguirono quelli di Eckstein, Broekaert ed altri i quali, non fidando più tanto nella vasellina che ritenevano poco solido sostegno e poco duraturo venendo col tempo riassorbita, sostituirono la paraffina la quale fonde a temperature assai più elevate (55°-60°) ed a seconda di loro si circonda di una capsula che impedisce ogni riassorbimento, reso invero più difficile dalla durezza veramente notevole della sostanza iniettata. Fu anche provato che la elevata temperatura del liquido iniettato non era di troppo nociva ai tessuti bastando per lo più 56°-58° e tener fusa la paraffina e ciò producendo solo una reazione locale di media intensità senza che gli elementi rimangano perciò uccisi dal calore avvenendo la coagulazione dell'albumina a 60°-70°. I resultati di questi nuovi esperimenti furono ancor più rimarchevoli in quanto si aveva il vantaggio di veder meno infiltrare la massa iniettata nei tessuti vicini e di formare un sostegno molto più solido alla cute specialmente quando lo scopo era di sostituire una manchevole prominenza ossea, come ad esempio nella correzione del naso camuso, e negli infossamenti delle narici dopo le operazioni di labbro leporino ecc.

La questione fu riportata in discussione ultimamente al congresso della società francese di otologia del 1902 e risultò il grande vantaggio che da queste iniezioni, o meglio inclusioni, di paraffina si può ritrarre non solo a scopo ortomorfico ma pure a correggere certi stati morbosi speciali mantenuti da particolari conformazioni del canale nasale.

Al congresso dei rino-laringoiati ora citato il Delie (1) portò un largo contributo al metodo in questione avendolo applicato nella correzione del naso camuso, come complemento alla cheiloplastica e sopratutto nei casi in cui l'atrofia dei cornetti causava una esagerata ampiezza del canal nasale con tutto il molesto corteo di disturbi che l'accompagna.

---

(1) *Delie.* Application des produits paraffinés dans les deformations du nez — Bulletins et Memoires de la Societé française d'otologie, ecc. Congrès 1902.

A conseguire scopi tanto differenti il Delie dovette naturalmente ricorrere a paraffine di varia densità e perciò di vario punto di fusione; infatti allorchè manca una parte del sostegno osseo del naso occorrerà che il sostegno artificiale sia fatto da una paraffina molto più dura di quella che si inietterà sotto la mucosa nasale quando si voglia creare un rilievo imitante i conrnetti e si debba più che produrre una sporgenza dura ed inerte eccitare ivi la neoproduzione di connettivo.

Perciò il Delie propone differenti paraffine di cui si ottiene a piacere il grado di fusione e la durezza mescolando in proporzioni varie la paraffina liquida e quella solida raffinata fusibile a 60°. Egli è riuscito così mediante delle proporzioni che indica nella sua memoria a formare delle masse ben omogenee fusibili rispettivamente a 38°, 44°, 48°, 50°, 56°, e perciò adatte agli usi più svariati.

Il Delangre poi nel Congresso francese di chirurgia (1) riportando sue esperienze in proposito ritiene da abbandonare del tutto l'iniezione di vasellina, che era stata primitivamente proposta, poichè è poco solida e si riassorbe dando perciò risultati effimeri, e presenta invece come più sicura una paraffina fusibile a 55° di cui non notò tracce di riassorbimento dopo tre mesi dall'iniezionenei tessuti e che riusciva pel suo calore di fusione poco nociva e solo leggermente irritante.

Cosa avviene di questa massa inorganica che noi introduciamo liquida nelle maglie dei tessuti e che poscia si consolida in essi formando come un corpo estraneo? Spinto a questa domanda dalle notizie fornitemi dal pregevole contributo che il Delie porta al nuovo metodo di protesi, pensai che il miglior modo onde vedere come realmente passassero le cose fosse quello di praticare tali iniezioni nel cellulare sottocutaneo dei comuni animali di laboratorio, onde vedere dopo un certo tempo cosa fosse avvenuto della massa iniettata e del tessuto che l'ospitava.

---

(1) *Delangre*. Recherches experimentales sur l'inclusion prothétique de paraffine — XV congrès français de chirurgie, 1902.

Ho limitato in questa prima serie di esperimenti, la indagine al cellulare sottocutaneo, riserbandomi in una seconda serie, di cui spero fra breve render conto, di vedere come di fronte a tali inclusioni si comportino i vari tessuti.

Preparai seguendo le indicazioni del Delie tre miscele di paraffina liquida e solida in modo da avere tre durezze:

N. 1. Paraff. sol. p. 2; paraff. liq. p. 4; fus. 40°-42°.

N. 2. Paraff. sol. p. 6; paraff. liq. p. 4; fus. 50°.

N. 3. Paraff. sol. p. 8; paraff. liq. p. 1; fus. 58°-60°.

Il 23 IX. 02 vennero iniettati nel muso di un coniglio fra le ossa nasali e la cute soprastante 2 cc. della miscela n. 2; si formò un rilievo rotondeggiante che si solidificò quasi subito assumendo una consistenza ossea.

Il 25 dello stesso mese furono iniettati nel cellulare sottocutaneo del dorso nel lato destro 2 $^1/_2$ cc. di paraffina n. 1 non in una sola massa ma in tre, una di cc. 1 $^1/_2$ due di $^1/_2$ cc.

Il 27 IX. iniezione della miscela n. 3 sul lato sinistro del tronco in due masse di 1 cc. ciascuna.

Queste iniezioni produssero sul dorso delle tumefazioni nummulari di durezza lignea ben mobili colla cute e poco dolenti.

In tutti i tre casi praticai l'iniezione a mezzo di una comune siringa Pravaz, armata di un ago di calibro doppio dei comuni da iniezione.

La paraffina dopo preparata era stata fusa tre volte in bagno maria a 100°, e tenuta chiusa ermeticamente; per l'uso venne portata a temperatura poco superiore alla fusione ed aspirata nella siringa calda e fasciata di cotone idrofilo bagnato con l'acqua stessa che circondava la massa da iniettare: l'ago prima di venire infisso nella cute era passato rapidamente su di una fiamma ad alcol in modo che la paraffina non avesse a solificare nel suo interno. Con queste cautele o coll'operare rapidamente si ottenne di poter iniettare tutta la massa senza che si formasse alcun intoppo all'uscita del liquido pel suo solidificarsi nella fistola dell'ago o appena entrato nel tessuto.

La reazione locale fu in ogni caso minima, ed anche il giorno dopo la pressione sulle masse iniettate era poco dolorosa; nel muso la cute al disopra della paraffina stette un po' tumida per 3 o 4 giorni, poi altro.

Dopo 15 giorni dall' iniezione le masse erano dure mobili indolenti e conservavano gli stessi diametri che erano stati misurati il 5° giorno, quando cioè era passata ogni reazione locale. Soltanto la massa di paraffina n. 1 appariva non più dura come i primi giorni, ma più elastica, le altre erano inalterate.

Trascorso un mese si procede ad una nuova misurazione dei diametri dei dischi fatti dalle varie iniezioni e si trovano inalterati; i limiti della massa sono in ognuna nettissimi e regolari. Vi è modificazione della durezza, la tumefazione nel muso è divenuta un po' elastica, nel dorso la massa di destra è assai più molle, mentre a sinistra conserva gli stessi caratteri che aveva nel principio dell'esperienza.

Ucciso l'animale, vengono asportati i tratti di cute contenenti la paraffina e fissati in alcool assoluto, dopo aver praticato nel loro spessore dei tagli onde facilitare la penetrazione del liquido fissatore.

All'esame macroscopico a fresco si notò che il tessuto circostante le masse iniettate appariva più roseo e più serrato del rimanente, che la massa di paraffina era opacata e di colorito in certi punti roseo: tentandola con un sottile ago la paraffina era friabile e come intersecata da sottilissimi filamenti: ricordava nel suo insieme il tessuto adiposo molto compatto. La massa iniettata a sinistra del tronco è ancora bianca splendente e solo ha una venatura più scura e meno densa verso la parte profonda del derma, il tessuto circostante le fa una spessa capsula. Sul muso si hanno fatti intermedi, la paraffina non è più lucente, ma ancora abbastanza compatta, la capsula formata dal connettivo è più esile di quella del lato sinistro; va notato che l'osso nasale di destra (occupando la massa non il centro del muso, ma essendo collocata più a destra) era di colore più roseo di quello di sinistra e che nel sollevare la massa si trovò sotto del sangue come se fra questo

tratto di cellulare sottocutaneo e l'osso sottogiacente corressero dei vasi sanguigni che non si trovavano invece a sinistra.

Ciò premesso, ecco il resultato dell'esame microscopico praticato sulle sezioni condotte traverso le masse iniettate ed i tessuti che le circondavano.

Per la paraffina n. 1 si è trovato il cellulare sottocutaneo normale, il quale in un tratto si faceva più compatto per abbondante infiltramento di elementi nuovi attorno ad una zona di sezione ovale, circondata immediatamente da una esile lamella di connettivo compatto, attorno erano numerosi capillari.

Questa zona ovalare rappresenta la paraffina iniettata, ma la sua massa appare intersecata da numerosissimi zaffi di connettivo giovane abbondantemente irrigato il quale ha frammentato la paraffina in tante zolle isolate ed è andato sostituendosi quasi del tutto ad essa man mano che essa è stata assorbita. Questi zaffi sono assai più grossi e ben costituiti alla periferia della massa e verso uno dei poli che non al centro ove esiste uno spazio rimasto vuoto nella sezione e che era occupato da un nucleo di paraffina ancora integra e scioltasi dipoi durante diafanizzazione del preparato in xilolo.

Al limite fra questa zona frammentata e quella non invasa si vedono delle esili lacinie di connettivo che rappresentano le prime gettate del tessuto nelle lacune e fenditure che si andavano formando nella massa iniettata mano a mano che il lavorìo di riassorbimento ne interrompeva la continuità. Che si tratta di una vera sostituzione lo dimostra il fatto che grado a grado che sparisce un tratto di paraffina vi penetra del connettivo: il risultato di tal processo fu appunto che nulla rimase mutato nelle dimensioni della tumefazione la quale ora si trova formata di materiale tanto diverso che non fosse in principio.

La paraffina n. 2 ha presentato maggior resistenza alla invasione del tessuto di nuova produzione; essa è circondata da una capsula densa, di connettivo lamellare in cui appaiono numerose boccucce vasali e la sua

sezione appare intersecata da una elegante rete di connettivo che limita tante zolle di paraffina assumendo così un aspetto simile alle sezioni di tessuto adiposo. Queste maglie della rete connettivale sono solo alla periferia un po' più grosse e ben colorate, nelle parti più profonde sono come ho detto esilissime e fatte di elementi giovani cui si accompagnano rari capillari sanguigni: due nuclei centrali sono rimasti integri e nelle sezioni appaiono al tutto liberi da ogni traccia di tessuto vivente. In certi punti gli spazi ora vuoti e prima della diafanazione occupati dalla paraffina formano dei disegni indicanti come un aggruppamento di cristalli aghiformi nei cui interstizi fosse penetrato il connettivo.

La capsula connettivale che limita la massa è più spessa che nel primo preparato e meno ricchi di sezioni vasali appaiono in genere i tratti circostanti di connettivo.

La paraffina n. 3 differisce nel suo comportamento dalle altre due in quanto essa non appare essersi lasciata penetrare dal tessuto involgente, bensì si mostra circondata di una capsula più spessa e compatta di quella vista al n. 2 e soltanto in una zona lineare, come di una linea di frattura nella sua massa si vede una produzione rigogliosa di connettivo giovane, produzione che non si riscontra in alcun altro punto della sezione. La paraffina, come disse pure l'esame macroscopico, è rimasta inalterata e tanto nettamente limitata dal tessuto circostante che tendeva a staccarsene in massa lasciando la cavità vuota come una ciste. L' infiltramento così limitato che si è notato ora deve attribuirsi credo a qualche fenditura fattasi nella paraffina mentre non era ben solidificata dopo l'iniezione, o a qualche tratto ove meno intima fosse la mescolanza colla paraffina liquida in modo che lì fosse come una venatura più molle.

Sta il fatto che la massa iniettata era ancora integra e che un denso guscio l'aveva come incapsulata mentre la irrigazione sanguigna non era tanto aumentata da accennare che ivi si compiesse o stesse preparandosi un attivo lavorio di riassorbimento. Qui la paraffina è rimasta come una massa inerte, la quale si è comportata come un qual-

siasi corpo estraneo asettico ed è perciò nelle migliori condizioni per essere usufruita a scopo di protesi quando si tratti di sostituire delle parti ossee manchevoli o distrutte.

Così dunque i risultati ottenuti con queste tre varietà di paraffina ci mostrano come a seconda dello scopo che vorrà profiggersi l'operatore bisognerà che vari la qualità della sostanza iniettata. Visto il comportamento delle paraffine più molli esse saranno utilissime allorchè si tratta di produrre una proliferazione di connettivo in una data regione in quanto, come si è dimostrato, dopo un certo tempo la paraffina cede il posto ad un tessuto vivente che ne riproduce esattamente la forma e le dimensioni.

Rimandando per la parte clinica all'interessante memoria già citata del Delie, mi piace rammentare come in questo processo di plastica anche la tecnica sia assai sempre e di facile applicazione. La cura principale deve esser volta a trovare la temperatura adatta per modo da non ledere i tessuti e da non correre il rischio che la paraffina si solidifichi durante l'iniezione poichè in tal caso la cosa sarebbe assai complicata e l'esito reso molto incerto.

Quando le cose siano condotte con sicurezza e prudenza non vi sono inconvenienti possibili e si può esser certi di ottenere un sostegno solido alla cute quale non sarebbe possibile migliore: che esso rimanga costantemente inorganico o che col tempo anche le paraffine più dure vengano assorbite, questo potrà venirci detto dall'esperienza e sarà pure interessante vedere la sorte del connettivo che così completamente si viene a modellare sull'impalcatura di paraffina di minor durezza. Qualora questo nuovo tessuto non tenda, come succede di solito, a retrarsi col tempo vi sarebbe da preferire l'uso di paraffine molli a quelle dure che, volere o no, costituiscono sempre un corpo estraneo con tutti gli inconvenienti ad esso legati.

Concludendo possiamo dunque affermare che le temperature ordinarie di fusione anche delle paraffine dure non riescono di gran danno ai tessuti in cui queste vengano iniettate; a seconda della maggiore o minor durezza

della massa iniettata vi è una maggiore o minor tendenza alla sostituzione di un tessuto connettivale modellantesi sull'impalcatura inorganica e che oltre un certo limite cessa tal facoltà ottenendosi invece un incapsulamento della paraffina che permane inalterata e come estranea al tessuto in cui viene immessa. La sostituzione avviene dalla periferia per penetrazione di tessuto nuovo nelle erosioni prodotte dal riassorbimento nelle masse iniettate e questi nuovi punti di contatto fra tessuto e paraffina contribuiscono ad affrettare il riassorbimento stesso.

Tali risultati valgono a costituire un metodo di protesi da preferire ogni volta che si abbia da riparare al manchevole sostegno osseo del naso o del labbro superiore o che si vogliano in qualche modo modificare la forma e l'ampiezza del canal nasale: avremo sempre un sussidio facile, innocuo di cui disporre prima di ricorrere ad operazioni plastiche complesse ed in cui talora il resultato ortomorfico è altrettanto incerto che qui. Se i resultati immediati saranno duraturi o se, come alcuni predicono, col tempo le deformità corrette dall'inclusione tendano a riprodursi resterà a decidere dalla pratica e dal tempo stesso: che i resultati colle iniezioni di vasellina semplice erano effimeri è già provato, ma teniamo presente che essa è di troppo rapido riassorbimento e che non sappiamo se fino da principio essa aveva dato luogo a una completa sostituzione a mezzo di connettivo compatto ed abbondante come accenna a fare la paraffina più molle. Vi è però da attendersi che i migliori successi nella protesi siano riservati alle paraffine dure (fusibili a 55°-60°) mentre le altre saranno meglio utilizzate in più delicati scopi quale principalmente quello già citato di dare un sostegno connettivale alla mucosa del naso alterata dalla secchezza e dal ristagno di secreti che su di essa produce l'ampiezza eccessiva delle primissime vie del respiro.

Ad ogni modo molto ci sarà da apprendere anche dall'esperimento quando esso sarà volto non a conoscere soltanto le modificazioni immediate portate nei tessuti dalle inclusioni di paraffina, ma anche il comportamento consecutivo del tessuto di nuova formazione e del tessuto in cui

esso è venuto a svolgersi: e su questo mi riprometto di tornare quando vedremo i risultati della seconda serie di esperimenti.

Operazione radicale per colesteatoma.

Eburneizzazione della mastoide con anomala posizione del seno laterale

per il dott. BARTOLOMMEO BOSIO (Milano).

Come contributo alla chirurgia dell'orecchio medio e della mastoide, credo degno di descrizione il seguente caso, interessante specialmente dal lato pratico, tanto per la sua rarità, quanto per i pericoli a cui si va incontro nel campo chirurgico se non si ha presente la possibilità dell'anomalia di posizione del seno laterale e le modificazioni nei suoi rapporti assai importanti cogli organi vicini.

È per ciò che non esito a farlo noto, tanto più che la casuistica al riguardo è povera, ed assai interessante dal lato pratico.

Caviglioli Angelo, fattorino telegrafico di anni 30, di Milano, abitante in Via S. Eufemia, n. 13, perdette il padre in tenera età, al dire del paziente, di vaiuolo, e la madre or fanno pochi anni, di nefrite.

Esce da una famiglia, di cui due sorelle morirono: una di bronchite lenta all'età di 16 anni: l'altra, al dire dell'infermo, di osteoperiostite cronica che la portò alla tomba per consunzione. Ebbe pure un fratello che morì all'età di due anni di difterite.

A. C. è l'unico superstite della famiglia; da piccolo fu colpito da difterite contagiato dall'altro suo fratello che morì. All'età di 12 anni egli dice di essersi fatto curare l'orecchio destro per durezza d'udito, ma afferma di non averne avuto nessun giovamento; ed all'età di 18 anni ebbe la tifoidea che superò felicemente.

Quattro anni e mezzo or sono e cioè a 25 anni, il paziente afferma che d'un tratto, senza dolore di sorta, ebbe ad avvertire all'orecchio destro un leggero scolo sanguigno di breve durata, la cui causa egli non si sa spiegare.

Questa lieve otorragia fu seguita da uno scolo purulento, al dire dell'infermo, fetido.

Consultato un otologo, questi gli fece un trattamento, che durò cinque mesi, però senza risultato, per cui il paziente dice di aver abbandonata ogni cura per un anno e mezzo.

In questo frattempo la suppurazione ebbe un periodo di sosta; riapparve però altra volta e sempre fetida, con intervalli irregolari di soppressione senza mai avvertire dolori o sofferenza alcuna all'orecchio infermo.

Nel settembre del 1901, volendo egli liberarsi di quest'incomodo, fu altra volta dallo stesso specialista, il quale, dopo varii mesi di cura, al dire del paziente, gli fece l'estrazione degli ossicini: ma anche questa volta, il trattamento fu senza risultato, dappoichè la suppurazione, sebbene diminuita, pure persisteva e fetida.

Il 2 gennaio 1902, l'infermo per la prima volta venne a consultarmi nella mia ambulanza di Via Cappellari, n. 3, ed eccone il suo stato presente.

E' individuo piuttosto gracile, però nulla presenta nel generale, degno di nota; è intelligente e risponde con chiarezza alle domande che gli si rivolgono intorno alla sua anamnesi.

Orecchio sinistro. Normale.

Orecchio destro. Condotto ampio contenente nel suo fondo scarsa quantità di pus fetido. Membrana del timpano completamente distrutta. Sulla parete labirintica della cassa vi sono scarse granulazioni pallide, e la parte posteriore superiore della cavità timpanica, liberata dalle secrezioni purulente, si lascia scorgere piuttosto arrossita ed all'esame con lo specillo, vi si nota l'osso denudato e scabro e pari risultato si ha esaminando nella direzione dell'attico e dell'antro.

All'esame pneumatico collo speculum del Siegle, coll'aspirazione apparisce qualche goccetta di pus mista a tracce di sangue, dalla parte posteriore superiore della cassa; questa goccetta va ingrandendosi sempre più a misura che si ripetono le aspirazioni e finisce per formare una massa liquida piuttosto abbondante che scende lungo la parete interna verso il piano della cassa timpanica.

L'esame della mastoide non lascia rilevare nulla degno di nota; è indolente tanto alla pressione quanto alla percussione digitale, la quale da la sensazione come di corpo compatto.

Schwabach 23'; Weber lateralizzato a destra e Rine negativo da questa parte.

Voce afona a destra percepita alla distanza di pochi centimetri, l'orologio non percepito e l'acumetro di Politzer a contatto dell'orecchio.

Non trovando io altro degno di nota, feci diagnosi di otite media purulenta cronica.

Inutile fu una cura di tre mesi e mezzo paziente ed assidua della cassa timpanica e dell'attico. Asportai col cucchiaio le granulazioni visibili; feci ripetute ed energiche causticazioni con nitrato d'argento; colla canula di Hartmann cercai di mettere l'attico nelle migliori condizioni facendovi pervenire delle irrigazioni di una soluzione di resorcina al 2 %. Il pus si arrestò per varie settimane; traccie di cicatrizzazione apparvero sulla parete labirintica della

cassa; l'esame però collo specolum Siegle sempre faceva apparire, sebbene assai ridotta, la solita secrezione fetida sulla parte posteriore superiore della cassa, il che mi confermò sempre più nel mio dubbio che l'affezione avesse invaso anche l'antro mastoideo.

All'infermo proposi l'operazione radicale che venne da lui accettata. Il 23 aprile 1902, nella casa di salute Caneva, coll'assistenza dei dott. Brugnatelli e Cagnola, entrambi esercenti la specialità, previe le comuni norme antissettiche, in completa cloroformizzazione, fatta dal dott. Cagnola, con un' incisione retroauricolare alla Jansen, metto a nudo ampiamente la mastoide e distacco la parte posteriore e superiore del padiglione insieme col condotto cartilagineo, dalle sue aderenze col condotto osseo. Indi procedo, col martello e scalpelli Lucae, a farmi breccia sulla mastoide.

Dai primi colpi e dalle prime scheggie mi convinsi che aveva a che fare con un osso assai duro, dappoichè fatta saltare la corticale, sotto di essa non trovai altro che osso compatto.

Seguendo strettamente il metodo di Jansen, al termine di un lavoro estremamente paziente e laborioso, in un osso completamente eburneizzato, riesco ad abbattere il muro della loggetta, a scoprire l'attico e ad aprire l'antro.

Durante il faticoso lavoro della breccia mastoidea, operando in un campo assai ristretto, cercai di amplificarlo per meglio poter procedere in alto nelle parti profonde pur esse eburneizzate: ed in un tratto di esso di presso a poco sette od otto millimetri quadrati, scopersi il seno laterale, mettendo a nudo la dura madre che appariva sana e d'un colore bluastro.

Questo incidente per sè di poco conto, è importante perchè mi fissò i limiti estremi del campo operativo, che, come or ora vedremo, era limitatissimo, trovandosi il seno laterale vicinissimo alla parete posteriore ossea del condotto uditivo, spostato in alto e quasi a ridosso dell'antro assai piccolo; con il tegmen timpani abbassato per il poco sviluppo del muro della loggetta.

Nè in alto, nè nel centro, nè all' indietro della mastoide nel decorso della breccia incontrai tracce di cellule anche piccolissime. Un breve tratto osseo compatto eburneizzato univa la parete ossea del seno laterale con la parete ossea posteriore del condotto uditivo. Profondamente brevissimo era lo spazio che divideva l'angolo inferiore dell' iatus ad antrum, dal tegmen timpani: per cui per non ledere il settimo, o penetrare nel piano medio del cranio, bisognava operare con somma circospezione.

Ottenuto un campo operatorio sufficientemente dominabile, essendo la scopertura accennata del seno laterale, assai vicino all'antro; mi accinsi, con la massima delicatezza, a rimuovere da questo la massa bianchiccia colesteatomatosa e fungosa che lo riempiva. E sostanza colesteatomatosa e fungosità e sostanza ossea in preda ad osteite piuttosto vasta, potei asportare facilmente con robusto ed assai piccolo cucchiaio.

Messe così a nudo le pareti dell'antro trovai che questo era assai ridotto come pure assai ridotta era la cavità dell'attico. La cosa però che più colpiva l'occhio era la brevissima distanza che esisteva fra l'antro ed il seno laterale, dappoichè una semplice lamella ossea, di poco più d'un millimetro, nella parte più esterna li divideva.

Ciò mise in evidenza il pericolo che avrebbe corso l'infermo se non si fosse fatta l'operazione: poichè il colesteatoma che in gran parte occupava la sezione posteriore più profonda dell'antro, sviluppandosi, ed usurando ancora per poco la breve barriera ossea che lo divideva dal seno lo avrebbe ben tosto aperto ed invaso.

Così pure si pose in evidenza come essendo lo spazio compreso tra il tegmen timpani, l'iatus ad antrum ed il seno laterale, assai angusto, se non si fosse progredito colla massima circospezione tanto nelle parti superficiali come nelle profonde del campo d'operazione, restringendolo a minimi termini; certamente si avrebbe aperto ampiamente il seno stesso e leso seriamente il settimo, il che era facilitato anche dalla completa eburneizzazione della mastoide e dallo spostamento in alto del seno laterale.

Terminai l'operazione correggendo le scabrosità ossee esistenti ed asportando gli ultimi residui di fungosità che ancora occupavano la parte alta della cassa e chiusi il campo operatorio dopo accurata autoplastica secondo il metodo di Jansen, il quale abbrevia di molto il decorso della guarigione permettendo alla superficie della cavità operatoria anche la più vasta, di epidermizzarsi completamente nello spazio di 40 a 50 giorni.

Il decorso fu dei più regolari poichè la temperatura mattutina non oltrepassò mai i 36,5; e la serale i 37,2.

Al settimo giorno si tolsero i punti di sutura con la completa cicatrizzazione della ferita cutanea retroauricolare; al nono giorno l'infermo uscì dalla casa di salute; al ventesimo giorno dall'operazione, riprese il suo servizio di fattorino del telegrafo ed al 55° giorno fu da me licenziato essendo la cavità operatoria completamente epidermizzata.

***

Il caso ora descritto è istruttivo sotto varii rapporti.

Anzitutto è degno di nota come il colesteatoma dell'antro non diede segno alcuno della sua presenza, se si eccettua il fetore della scarsa secrezione il che si poteva anche interpretare diversamente per la presenza della carie.

Il caso dimostra inoltre che le lesioni delle pareti ossee del seno, per quanto ampie, se si usa la dovuta asepsi, non complicano per nulla il decorso della guarigione, nè aggravano per se il suo pronostico.

Degno di nota ed istruttivo qui poi è il fatto dell' anomalia del seno laterale e quindi le modificazioni nei suoi rapporti colle parti vicine in una mastoide completamente eburneizzata.

Il fatto della facile anomalia del seno del decorso del settimo in mastoidi eburneizzate, fu già notato da altri operatori.

Il mio caso poi conferma pienamente questo fatto, dappoichè a parte la anomalia del seno laterale che qui era evidente essendosi scoperto; la ristrettezza della cavità operatoria comprendente: l' antro, l' attico, la cassa timpanica, la escavazione mastoidea ed il condotto uditivo esterno; ci dimostrano che anche gli altri organi circonvicini, per l'angustia di spazio hanno dovuto modificare la loro posizione topografica.

Ne viene per conseguenza quindi che ogni qualvolta si opera in mastoide eburneizzata, bisogna andare assai guardinghi nel progredire della breccia operatoria.

Istruttivo pure è il caso dal lato acustico. Infatti mentre l' infermo a destra, prima dell'operazione sentiva la voce afona appena a pochi centimetri di distanza; dopo l'operazione, la percepiva pressochè a cinque metri, come pure l' acumetro Politzer.

Ciò viene a comprovare maggiormente che l' operazione radicale è sempre di vantaggio e mai di danno anche considerata dal lato acustico.

***

Prima di terminare questo mio lavoro, desidero dire ancora una parola sull'autoplastica nell'operazione radicale.

In generale chi fa l' operazione radicale, si preoccupa quasi completamente dell' atto operativo, ma nulla o quasi nulla dell'autoplastica.

Ne risulta che l'operatore impiega di regola 3-6 mesi per ottenere una cicatrizzazione completa della cavità operatoria; ben di spesso otto o dieci mesi, e non di rado un anno ed un anno e mezzo.

Per parte mia confesso che ciò è un fatto grave poichè pesa molto sulla bilancia per appianare e sciogliere le controversie che ancora regnano sull' intervento, nelle otiti medie suppurative croniche, coll'operazione radicale.

Il parere dei clinici in proposito è ancora diviso in due

campi. Vi sono alcuni che vogliono restringere anzichè allargare i confini dell' atto operativo; vi sono altri invece che, non giovando le cure ordinarie, per non protrarre dei mesi un trattamento incerto, propongono nell' interesse dell' umanità un intervento sollecito coll' operazione radicale, nelle otiti medie suppurative croniche.

I primi per loro ragione principale dicono che anche quando si interviene coll'operazione radicale, la guarigione è lenta occorrendo assai soventi molti mesi ad ottenerla. Lo stesso risultato secondo questi ultimi si ottiene con una cura paziente e ben diretta; colla differenza che con questa non si arrischia nulla; mentre che nell'operazione radicale l'operatore si assume gravi responsabilità.

Queste ragioni vere apparentemente, cadono subito se si considera che usando le cautele asettiche ed operatorie che in tali casi richieggono l' operazione radicale per sè è una operazione per nulla pericolosa ed alla portata di tutti gli otologi. Ciò è provato dalle numerose statistiche di operazioni radicali che al dì d'oggi si van facendo, specialmente in Germania.

Per riguardo all'accusa di molti otologi, che per fortuna vanno diminuendo di numero, circa il lungo trattamento che si deve fare per avere l'epidermizzazione completa della cavità operatoria; essa non avrebbe ragione d' esistere, se chi fa la operazione radicale si servisse di un' abbondante autoplastica sul campo operativo.

Infatti l' esperienza giornaliera tuttodì va dimostrando che più rapida è la guarigione quanto più esatta e ricca è la autoplastica.

Nel viaggio scientifico che feci nel 1898 a Berlino ben mi convinsi di questa verità.

In quest' occasione potei assistere alle rapide guarigioni ottenute da Iansen anche nelle più gravi vaste operazioni radicali mediante l'autoplastica della pelle del condotto uditivo e del braccio applicata abbondantemente nella cavità operatoria.

In media l' infermo abbandonava la clinica completamente guarito nel termine di 35 a 45 giorni, raramente dopo i due mesi.

Questa pratica da me fedelmente seguita nelle varie operazioni radicali che ebbi l'occasione di fare, diede pure a me splendidi risultati dappoichè la maggior parte dei miei ma-

lati venne da me licenziata con una completa epidermizzazione del campo operativo non più tardi del cinquantacinquesimo al sessantesimo giorno di trattamento.

Raccomando adunque caldamente un'abbondante autoplastica in ogni operazione radicale, onde sia abbattuta anche questa ragione della lentezza del trattamento che gli otologi pusillanimi oppongono per combattere l'operazione radicale.

Tutto dipende dalla tecnica operatoria: se sapremo giustamente metterla in pratica, certamente essa ci darà la via più sicura per arrivare ad ottenere guarigioni in un tempo assai breve.

Resoconto della riunione annuale (1902) della Società Belga d'otologia, di laringologia e di rinologia del dott. A. Capart (figlio) (2) (*Continuaz. vedi n. 10*).

L'olfaltometro è un istrumento facile ad essere maneggiato e di una esattezza sufficiente per studiare i fenomeni dell'olfatto ancora poco conosciuti. In clinica il metodo di Zwaardemaker permetterà di riconoscere la varietà di anosmia che si presenta in un dato caso e di applicare la cura conveniente. I pochissimi autori che hanno adoperato questo apparecchio sono arrivati ad ottenere notevoli resultati ed hanno piena fiducia nell'avvenire di questo metodo.

Reuter giunge fino a riconoscere se l'anosmia che si produce durante l'influenza sarà durevole o passeggiera. Egli osserva la recidiva dei polipi nasali quando la loro estirpazione non favorisce il ristabilimento dell'odorato. Reuter spera che si potrà riconoscere per mezzo della olfattometria l'infiammazione delle cellule etmoidali posteriori e del seno sfenoidale.

Gradenigo studia le alterazioni dell'odorato durante il corso delle malattie dell'orecchio e può così scoprire dei catarri che la vista non permette di riconoscere.

Un merito evidente della olfattometria consiste nel fornirci dati preziosi sopra un territorio della muccosa nasale difficilmente accessibile agli ordinari mezzi di indagine.

In oltre l'anosmia è un sintoma frequente durante il corso delle malattie nervose.

Il metodo olfattometrico permetterà allo specialista di coadiuvare il medico generale nella diagnosi di alcune malattie: la tabe, p. e., incomincia spesso colla perdita dell'odorato. Capart ha la convinzione che l'olfattometria è un metodo che avrà grande im-

---

(1) *Revue Hebdomadaire de laringologie, d'otologie, ecc.;* an. XXIII n. 27 (1902); Bordeaux.

portanza in avvenire, e gli esperimenti già fatti nelle cliniche procurano una larga messe di fatti nuovi utili alla patologia ed alla terapia. Per il gabinetto dello specialista l'olfattometro diventerà un apparecchio indispensabile senza il quale non gli sarà possibile fare la diagnosi di molti casi di anosmia (1).

LAURENT, di Bruxelles, adopera un processo speciale per eseguire le *irrigazioni antisettiche della regione naso-faringea.* Nelle angine infettive e quando viene eseguita l'estirpazione della tonsilla faringea, queste irrigazioni sono praticate in una posizione che impedisce, secondo quello che dice Laurent, la penetrazione del liquido nelle trombe Eustachiane. L'asserzione dell' O. è messa in dubbio, nella discussione, dal dott. Cheval.

GORIS descrive un metodo operatorio da lui proposto e messo in opera varie volte per eseguire l'*estirpazione in un sol pezzo degli epiteliomi del condotto uditivo esterno* comprendendovi vasi sanguigni e linfatici delle regioni circonvicine.

Però anche con questo processo operatorio non ci possiamo assicurare da una recidiva.

Il carcinoma che ha invaso la cassa del timpano non può esser curato chirurgicamente.

CHEVAL presentò la storia d'un caso straordinario di *corpo estraneo dell' esofago.* Si trattava d' un pezzo di legno, incompletamente carbonizzato, della lunghezza di 30 centimetri, deglutito da una

---

(1) Dalla lettura di questo breve riassunto del rapporto del dottor Capart (fils) sembra che egli quando lo scrisse non conoscesse la *relazione* fatta dal prof. Grazzi alla IV Riunione della *Società italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia,* avvenuta in Roma nell'ottobre 1899, relazione pubblicata integralmente nella Tip. E. Traversari, d'Empoli nel gennaio 1900 col titolo: « *Sulla fisiopatologia dei nervi olfattivi* ». Noi che ci occupiamo da varii anni di olfattometria vediamo con piacere che Capart accordi molta importanza a questo metodo di indagine nella rinopatologia.

Nella discussione che seguì a questo rapporto, avendo il dott. Capart presentato come uno dei migliori olfattometri quello di Reuter, il dott. Trétrop fece giustamente notare che le sostanze odoranti dei tubi che compongono questo olfattometro vanno col tempo perdendo una parte dell'aroma: ciò è accaduto anche a noi, che possediamo questo apparecchio da circa tre anni. Avviene lo stesso, sebbene in grado minore, anche coll'olfattometro grande di Zwaardemaker, quindi l'esperienza giornaliera ci ha provato che per le osservazioni cliniche (non per ricerche fisiologiche) il nostro olfattometro è quello che meglio di ogni altro corrisponde nella pratica. I dischi odoranti si preparano volta per volta colla soluzione alcoolica titolata di belzoino e si hanno colla graduale scopertura di maggiore o minore superficie del disco resultati soddisfacenti. V. G.

donna affetta da mania puerperale. La paziente, che presentava una gravissima difficoltà nella deglutizione, fu visitata da un medico, il quale aveva solamente notato un corpo nerastro che s' affacciava nella faringe.

Cheval, all'esame laringoscopico, potè vedere realmente di che cosa si trattava ed il corpo estraneo, offrendo ancora un punto di presa in corrispondenza della regione aritnoidea, potè essere afferrato ed estratto per le vie naturali; ma la donna, poco tempo dopo morì, al seguito dell'affezione uterina.

Eeman preconizza *una nuova medicatura* da mettersi in opera nelle cure radicali delle otorree. Si tratta d'insufflare nella cavità dell'acido borico in polvere. La guarigione sembra più rapida che con il tamponamento ordinario, ed Eeman vedrebbe con piacere confermata questa cura dall'esperienza d'altri.

Lo stesso oratore parla pure di un bambino affetto *da sordità post-difterica* per lesioni centrali. La pilocarpina produsse un notevole miglioramento.

Blondiau trattiene l' uditorio con la storia clinica *d' un caso d'epilessia riflessa*, dovuta ad un ascesso latero-faringeo. La raccolta purulenta si aprì prima per la via della bocca e non dava luogo agli accessi finchè lo scolo purulento ed il relativo vuotamento del focolaio si compiva bene. Il malato fu operato da Depage, il quale attribuì a quella raccolta un'origine ossea.

Blondiau pensa che il pus irritava in una maniera diretta il simpatico cervicale.

Capart (figlio) considera molto ingegnosa la spiegazione, ma non la crede necessaria essendo a tutti nota la possibilità dell' epilessia riflessa al seguito di creste del setto e di affezioni auricolari.

Delsaux, nella riunione precedente, aveva parlato dei fenomeni inflammatori che s'erano sviluppati al seguito d' iniezioni intratimpaniche d' estratto soprarenale. Attualmente egli adopera *candelette bagnate in una soluzione d'adrenalina* ed esperimenti metodicamente eseguiti gli hanno fatto ottenere notevoli vantaggi.

De Stella ha eseguito degli esperimenti nei conigli coll' adrenalina ed ha notato che questo medicamento, portato sopra una muccosa, produce tutta la sua azione sopra quel punto. Iniettato in una vena, al contrario, fa elevare notevolmente la pressione sanguigna. Non conviene quindi per far cessare un' emorragia in una regione inaccessibile eseguire un'applicazione indiretta.

Heymires ha adoperato molte volte all'Ospedale di St. Jean la mescolanza anestetica col nome di *sonnoformio* e si è trovato bene di questo prodotto. La superiorità di tale anestetico deve probabilmente attribuirsi alla sua maggiore volatilità. L'operato si risveglia immediatamente senza fenomeni sgradevoli.

A tal proposito il dott. Jauquet, di Bruxelles, ricorda i suoi lavori anteriori sul modo d' amministrare il *bromuro d' etile*, che pro-

duce una narcosi ideale per le piccole operazioni che s'eseguiscono nell'esercizio delle nostre specialità.

Capart (figlio), nella discussione, vorrebbe che si fosse sempre garantiti dagl' inconvenienti, qualche volta non leggieri, che si producono durante la narcosi. Il raschiamento che s'eseguisce per l'operazione delle vegetazioni adenoidi è così leggiero da non reclamare l'uso d'alcun narcotico, e qualche volta quando l' indocilità del paziente ha reso la narcosi necessaria, l'operando è stato non di rado colto da accessi di soffocazione.

De Stella, di Gand, legge due storie cliniche che si riferiscono a casi di *cellulite mastoidea aberrante.* Nel primo caso, una cellula posteriore, infiammatasi provocò una leptomeningite.

Nel secondo ammalato, preso in considerazione dopo il lavoro di Toubert, accordò molto valore alle sensazioni dolorose localizzate nel punto d'unione del temporale coll'occipitale. Questa cellula, ripiena di pus, si trovava ad un centimetro e mezzo dall'antro.

Hennbert, di Bruxelles, parla dei resultati maggiori ottenuti con le *irrigazioni regolari nei casi di sinusite mascellare cronica.* Ha pure eseguito le iniezioni con soluzioni di nitrato d'argento, della quale medicatura s' è pure trovato assai bene, tanto da ricorrere all'operazione radicale solamente quando sono riusciti infruttuosi gli altri metodi curativi più semplici.

De Greief, d'Anvers, *nell' operazione di Luc* ha soppresso i tre tempi seguenti, che egli considera come inutili: l'apertura naso-mascellare, il tamponamento, e la sutura buccale.

Egli si limita a raschiare diligentemente la muccosa e ad eseguire un'emostasi perfetta. In 23 casi operati in questa maniera ottenne in 15 la completa guarigione del seno.

Gl' insuccessi relativi, il De-Greiff crede doverli attribuire allo scolo sanguigno intempestivo.

Dopo questa comunicazione, i soci s' impegnarono in una discussione viva e prolungata intorno al soggetto della cura delle sinusiti mascellari. Questo fatto prova che l'accordo è lontano da essere concluso intorno a ciò che si riferisce all' indicazione dell'atto operativo radicale ed anche alla maniera d'eseguirlo.

Broccкaert, di Gand, ha tentato il ristabilimento de' cornetti atrofici per mezzo della paraffina guaiaformica. Gl' inconvenienti, fortunatamente senza grave seguito ch' egli ha osservato, consistono nella flebite faciale e nell'embolia polmonare. In quanto alla tecnica sarà meglio determinata ed è sperabile di potersi garantire da questi inconvenienti.

Schiffer, di Liegi, presenta un *tumore fibroso* del peso di 1160 grammi, ch'egli ha estirpato ad una donna di 48 anni. Il neoplasma s' inseriva in corrispondenza della regione faringo-epiglottica, ed era causa di disturbi nella fonazione.

RASSEGNE

1. **Colesteatoma voluminoso; operazione; guarigione; persistenza della membrana del timpano**; per il dott. RAOULT. — L'A. ha operato una malata affetta da 10 anni da otorrea con miglioramenti e ricadute. Quando fu visitata da Raoult, la tumefazione dei tessuti aveva in gran parte ostruito il condotto uditivo ed in corrispondenza della parete postero-superiore s'osservava del pus misto a detriti epiteliali. Leggiera paralisi faciale che datava da 2 anni. Dopo avere distaccato il condotto membranoso, l'operatore scoprì la massa colesteatomatosa che usciva da una depressione e che aveva il volume di circa una nocciola. Il tumore aveva distrutto il condotto osseo, la parete della loggetta, e, penetrando nella cavità occupata dal tumore il chirurgo credeva d'aver aperto la fossa temporale; temè pure che il colesteatoma avesse distrutto la parete ossea in corrispondenza di questa regione. Dopo aver raschiato alcune fungosità, l'A. trovò una resistenza, e gli sembrò che la membrana del timpano non fosse distrutta. Dopo aver inciso il condotto e suturati i margini della ferita al periostio della cavità ossea, la cavità stessa venne medicata con garza e dermatolo, ma fu lasciata un'apertura posteriore, per poter sorvegliare la cicatrice intra temporale. L'andamento dell'operazione trascorse normalmente, e, dopo due mesi, la malata era guarita.

Questo caso è interessante a causa della persistenza della membrana del timpano, nonostante i guasti prodotti dalla suppurazione e dal colesteatoma, il quale aveva agito soltanto sull'attico, sul muro della loggetta e sugli ossicini, rispettando però il manico del martello; era stata rispettata anche la parte inferiore della cassa. Attico, adito, antro e probabilmente alcune cellule mastoidee sono state invase probabilmente dal tumore, e non formano oggi probabilmente altro che una cavità (*Revue Hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, n. 27, 5 luglio 1902).

2. **La méningite séreuse d'origine otitique** (La meningite sierosa di origine otitica); per il dott. P. LECÈNE et H. BOURGEOIS. — Gli AA. danno questo nome ad una serie di fenomeni di origine cerebrale che alle volte sogliono complicare l'otite media purulenta, e che mentre sembrano dovuti alla comparsa di qualche ascesso cerebrale, o meningite purulenta, si possono anche mostrare esclusivamente dipendenti dall'ipertensione del liquido cerebrale, che viene a sovrariempire il ventricolo laterale corrispondente in seguito al propagarsi del male dall'orecchio, e procurano sulla scorta di una loro osservazione e di altre otto raccolte nella letteratura, di dilucidarne il quadro clinico al fine di far risparmiare operazioni laboriose che possono negli effetti essere benissimo sostituite da semplici punture

del ventricolo laterale. Essi poi sovrattutto mirano a far comprendere come la suddetta forma patologica possa esistere da se sola.

Ed ecco quanto si desume dalle loro osservazioni. Questa meningite sierosa tiene dietro in generale alle otiti medie croniche, prevale nei giovanetti dai 10 ai 14 anni, ed è in generale caratterizzata dal semplice aumento del liquido cefalo-rachidiano (che appare del tutto normale), in quantochè le meningi non si presentano che poco o punto congestionate e raramente alterate. Il principio brusco è segnato da una cefalea parossistica che suol divenire intensissima, e seguito da vomiturizioni convulsioni e torpore progressivo che può andare fino al coma. La febbre che non suole sorpassare i 39° non v'è sempre, ed il polso è lento o rapido a seconda dei casi. Le convulsioni sono epilettiformi, generalizzate, senza prevalenza da nessun lato, senza grido iniziale, con o senza perdita di coscienza, e piuttosto rari sono i disturbi paralitici.

Ora siccome tanto le convulsioni quanto gli altri fenomeni possono sparire per sempre dopo l'intervento chirurgico come recidivare, per questo gli AA. credono giusto dividere la malattia nella forma ad andamento rapido e in quella ad andamento lento, e sono sicuri nell'affermare che la prima è la più comune.

La diagnosi è difficile perchè essa stessa malattia può alle volte complicare le meningiti purulente gli ascessi cerebrali o cerebellari dai quali vorremmo riconoscerla.

La cura consiste, o nella puntura della dura madre, od in quella del ventricolo laterale, che è poi quella alla quale si dovrebbe preferibilmente ricorrere. (*La Presse médicale*, n. 50, Samedi 21 Juin, 1902, Paris). MONTELUCCI.

3. **Ascesso cerebellare con paralisi improvvisa del centro respiratorio;** per il dott. BARKER. — L'A. fece questa comunicazione alla Società Clinica di Londra nella seduta dell' 11 aprile 1902, ed il dott. Trivas ne pubblica un sunto nel giornale qui sottocitato.

Si trattava d'una bambinetta di 14 anni, la quale, tre mesi prima della sua ammissione nel nosocomio, era stata affetta da scarlattina, complicata da otite media. Quindici giorni prima del suo ingresso all'Ospedale fu presa da dolori d'orecchi e da grande debolezza accompagnata da vomiti e brividi. Suppurazione abbondante e fetida dell'orecchio, ma senza rigonfiamento della regione mastoidea. Le condizioni degli occhi erano normali.

L'A. fece la diagnosi di ascesso intracranico con trombosi del seno laterale e della giugulare interna. Fu convenuto di intervenire chirurgicamente, ma quando la malata stava per essere trasportata nella sala per le operazioni, cessò di respirare e anche dopo avere eseguita la respirazione artificiale e le inalazione di ossigeno, la respirazione normale non si ripristinava, sebbene il cuore continuasse a battere energicamente.

Dopo un'ora di sforzi infruttuosi non essendosi ancora ristabilita la respirazione normale, l'A. eseguì un'incisione in corrispon-

denza del lobo temporo-sfenoidale ed aprì il cranio. Non fu trovato pus ma il trequarti introdotto nel ventricolo laterale fece uscire una gran quantità di liquido quasi chiaro; Barker aprì allora la superficie laterale del cervelletto e dopo alcune punture raggiunse un focolaio di gas e di pus fetidi. Quest'operazione non ebbe alcun effetto benefico nè sulla respirazione, nè sul cuore. La respirazione artificiale fu continuata per un'altr'ora, ma la malata era evidentemente morta, sebbene il cuore continuasse a battere durante 2 ore e mezzo dopo la cessazione della respirazione normale.

Alla necroscopia fu trovato nella sede abituale un voluminoso tumore cerebellare che era stato parzialmente raggiunto. (*Revue Hebdomadaire de Laringologie, d'otologie e de Rhinologie ;* Bordeaux 4 octobre 1902).

4. **A propos de quatre abcès du cerveau d'origine otique.** (A proposito di quattro ascessi di origine otitica); per il dott. Ch. Goris. — Per essere ancora ristrette le nostre cognizioni sulle localizzazioni cerebrali, e per il fatto della nessuna predilezione dei tumori cerebrali per una regione o l'altra del cervello, accade che di fronte ad essi il chirurgo debba trovarsi impotente o poco incoraggiato ad aggredirli.

Ciò che non accade per gli ascessi. Questi, benchè sembrino destinati alla stessa sorte perchè tanti sintomi che si sogliono per essi suggerire riescono spesso fallaci, come il dolore, la febbre, la papilla da stasi, il rallentamento del polso, l'ottundimento mentale, etc., pure sono assai più facilmente diagnosticabili ed accessibili alla cura per il fatto che nella grandissima maggioranza dei casi sogliono ripetere la loro origine dalle suppurazioni dell'orecchio medio al quale si mantengono vicini.

Di fatto essi occupano preferibilmente il lobo temporale dell'encefalo e sono quasi sempre da aggredirsi, tolto il caso s'intende di meningite generalizzata da una breccia praticata nell'ipofisi mastoide. Con questo mezzo almeno l'A. ne ha potuti curare e guarire due dei quattro osservati. (*Estrait de la Presse Laryngologique Belge*, num. 4).

Montelucci.

5. **Sonnolenza causata da una malattia dell'orecchio;** per il dottore W. G. B. Harland. — Un giovinetto di 13 anni fu condotto allo spedale perchè era preso dal sonno tutte le volte che si trovava nell'inazione; s'addormentava a tavola, nel far le lezioni, e dormiva anche 24 ore di seguito senza presentare alcun sintomo morboso nè obiettivo, nè subiettivo. Queste condizioni duravano da circa un anno, quando il bambino fu visitato dall'A. L'esame degli organi risultò negativo; ma avendo osservato l'esistenza d'un tampone in corrispondenza dell'orecchio sinistro, ne eseguì l'estrazione; e dietro al corpo estraneo fu trovato del pus e una grande perforazione della membrana del timpano. Dopo quel giorno la sonnolenza scomparve. In seguito l'A. vide varie volte formarsi piccoli ammassi di cerume, e al tempo stesso si riproduceva nel paziente la tendenza al sonno.

Fra i tanti fenomeni morbosi, causati da ammassi ceruminosi nel condotto uditivo esterno, si deve aggiungere anche questo, che crediamo essere unico nella letteratura otologica. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, n. 9, settembre 1902).

NOTIZIE VARIE

Società Italiana di Laringologia d'Otologia e di Rinologia — Nei giorni di 25, 26 e 27 ottobre avvenne in Roma l'annunziata riunione presieduta dal prof. Giulio Masini. Le comunicazioni furono molte ed abbiamo pregato il dott. V. Garzia di scrivere un breve resoconto di questa riunione che speriamo potere pubblicare nel prossimo fascicolo.

Nella seduta privata furono ammessi alcuni Soci e fu eletto il nuovo *Consiglio Direttivo* che resultò composto nel modo seguente: Massei prof. Ferdinando, Presidente; Grazzi prof. Vittorio, Vice-Presidente; Dionisio prof. Ignazio e Ferreri prof. Gherardo, Consiglieri; Garzia dott. Vincenzo e Prota dott. Giuseppe, Segretari; Egidi dottor Francesco, Tesoriere e Nuvoli dott. Giuseppe, Bibliotecario.

Nomine. — Il dott. A. Mermond è stato nominato Professore Straordinario di Otologia e Laringologia nella Università di Losanna in sostituzione del compianto amico dott. L. Secrètan. Il dott. Maliontine fu nominato Libero Docente d'Oto-rino-laringologia all' Università di Mosca.

Collezione completa del Bollettino. — Essendo stata eseguita la ristampa di alcuni fascicoli del *Bollettino*, che erano esauriti, l'Editore è in grado di potere offrire ai richiedenti la collezione completa di questo periodico dal **1883** a tutto l'anno in corso.

La Direzione sente il dovere di ringraziare i seguenti Autori che si degnarono inviarle in dono le loro pubblicazioni:

Bobone dott. **T.** — *Leptomeningite e ascesso sopradurale. Mastoidite primitiva da tifo. Ascesso mastoideo con fistola-conducente nella doccia sigmoidea.* (Stamp. dell'Unione Tipografico-Edit., 33, Via Carlo Alberto; 1901).

Bosio dott. **Bartolomeo** — *Lo spezzettamento della muccosa nei casi di rinite ipertrofica e l'asportazione dei cornetti, delle creste, spine del setto e dei polipi per mezzo della cocaina e dell' estratto delle capsule sopra-renali.* (Tip. Traversari; Empoli 1902).

Botey dott. **Ricardo.** — *La Adrenalina en Otorinolaringologia.* (Tip. « La Academica » de Serra H.nos y Russell. 6, Ronda Universitad; Barcelona, 1902).

Chiari prof. dott. **Ottokor.** — *Die Krankheiten der Nase.* (Franz Dentike; Leipzig, 1902).

Del Lungo dott. **Guido.** — *Osservazioni cliniche sugli infermi del reparto chirurgico dell'Amb. « Regina Elena » in Firenze 1901-1902.* (Stab. Tip. Civelli; Firenze, 1902).

De Roaldes dott. **A. W.** — *Note on the use of the Electro-Magnet for she extraction of paramagnetic foreign bodies from the air-passages.* (New-Orleans, 624, Gravier Street).

Genta dott. **Silvio.** — *Resoconto statistico clinico dall'anno 1894 al 31 dicembre 1900 del Policlinico delle specialità medico-chirurgiche in Genova.* (Stab. Tip. ved. Papini e figli ; Via Bosco, 8, Genova, 1902).

Giani dott. **Raffaello.** — *Ciste dermoide e formazione eteroplastica di osso in un fibroma del sopracciglio.* (Estratto dalla Clinica Moderna, Anno VIII, n. 28. Tip. Luigi Niccolai ; Firenze, 1902).

Giani dott. **Raffaello e Ligorio** dott. **E** — *Le alterazioni della cellula nervosa nell'avvelenamento acuto e cronico da iodoformio.* (Est. dalla Rivista di patologia nervosa e mentale, vol. VIII, 1902 ; Soc. Tip. Fior., 33, Via S. Gallo ; Firenze, 1902). (*Continua*).

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1902 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza, 44.

Anno XX. Firenze, Decembre 1902. N. 12.

BOLLETTINO

delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso

Labor omnia vincit improbus.

L'anestesia del vestibolo laringeo nella paralisi del ricorrente

pel **Prof. F. MASSEI** (1).

Mentre la posizione delle corde vocali, nella paralisi del ricorrente, è stata oggetto di molti studi ed ha aperto vasto campo a disparate interpetrazioni fisiologiche, l'anestesia della mucosa del vestibolo laringeo, compagna fedele della paralisi motoria, è stata trascurata. Non dirò ch' io sia stato il primo a colpire questo nesso, ma dalle ricerche nelle opere più complete ed accreditate, a me non è riuscito trovare esplicite affermazioni in riguardo.

E valga il vero: v'è chi vi accenna vagamente e fugacemente; v' ha chi lo nega; chi dice averlo constatato nelle paralisi di origine centrale e chi, infine, ammettendo l'anestesia, la localizza al tratto ipoglottico.

Ho creduto, perciò, richiamare la vostra attenzione, meno per esporvi il modesto risultamento delle mie indagini, quanto per invitarvi a continuare questo studio, che potrà meglio chiarire taluni dati anatomici e meglio illustrare alcuni fatti clinici.

(1) Comunicazione fatta al VI Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia; Roma, 26 ottobre, 1902.

Sono parecchi anni da che, nella paralisi del ricorrente, pratico sistematicamente la esplorazione della sensibilità della mucosa mercè una comune sonda. Quasi costantemente mi è riuscito portarla e passeggiarla impunemente nella cavità, senza provocare tosse o spasmo, e sol quando l'estremità della tenta arriva in contatto delle corde vocali, ho visto sopravvenire i noti movimenti riflessi.

In questo lungo periodo di osservazioni, poche volte sono stato smentito nelle mie previsioni, nel senso che soltanto in un numero eccezionalmente piccolo ho visto mancare l' anestesia.

Poichè, con la maggioranza e come gli esperimenti fisiologici insegnano, noi siam portati a ritenere il ricorrente un nervo esclusivamente motore, sorprende certamente la concomitanza di una alterazione della sensibilità alla quale, com'è risaputo, presiede la branca interna, la più grande, del laringeo superiore.

Non è facile spiegare la cosa, ed una sola via pare che spunti, quella delle anastomosi del laringeo inferiore col superiore: ma come e perchè le lesioni del tronco nervoso, in un'alterazione periferica, possano trasmettersi dall'uno all'altro ramo per le note vie anastomotiche, rimane sempre un x che val la pena di chiarire con un ricco corredo di dati clinici e con l'esperimento.

Ecco un primo fatto che consacro alla vostra attenzione perchè vogliate tenerlo presente e, se non credete altrimenti, farne obbietto di attenti studi.

Tengo ad aggiungere due cose:

1° che l'anestesia rimane limitata al vestibolo, mentre la sensibilità delle corde è egualmente fornita dalla stessa branca interna del laringeo superiore;

2° che la perdita della sensibilità (la quale, del resto, oscilla tra un semplice ottundimento (ipoestesia) alla più completa anestesia) è sempre generale, cioè non unilaterale, ossia circoscritta alla metà della laringe paralizzata, quando è un sol ricorrente compromesso.

Nè posso tacere che io voglio riferirmi, nel segnalarvi codesto connubio, alle paralisi del ricorrente dovute a compressione, specialmente per aneurisma dell'arco dell'aorta,

che sono le più frequenti, ovvero per tumori od adenopatie e per carcinomi dell'esofago.

Nelle paralisi da intossicazioni (tipo quella difterica), la paralisi di moto va sempre congiunta a paralisi di senso, donde la grave disfagia ed i pericoli di questa; perocchè se da una parte, per l'inerzia del tiro-ari-epiglottico, lo sfintere vestibolare non si contrae, e porzioni di alimenti capitano nella cavità, dall'altra la mancanza dei riflessi ne facilitano la discesa nel tratto inferiore, favorendo la genesi della famosa *pueumonite da ingestione.*

Queste lesioni non hanno nulla di soprendente in quanto che, dipendenti dall'azione delle tossine sulle ramificazioni nervose, comprendono ad egual titolo quelle di moto, come quelle di senso.

La complicanza sulla quale io richiamo la vostra attenzione ha ben'altra importanza nei casi che io ho limitati, e questa importanza mi è sembrata maggiore dopo una recente osservazione che non so trattenermi dal raccontarvi.

Non è molto, sono stato consultato da un uomo robusto a 52 anni, siciliano, a causa di positivi disturbi nella respirazione. La dispnea si pronunziava negli sforzi corporei, nel sonno, ma non era (sebbene molesta) estrema, ed era scompagnata da positivi disturbi fonetici, perocchè la voce era soltanto un poco bassa, ma non bitonale, nè ingrata. Non v'era tosse, non algie, non disfagia: antecedenti del tutto negativi.

L'esame laringoscopico mi fece notare una paralisi doppia dei postici; dal quale reperto ingolfandomi in minute indagini, soprattutto degli organi toracici, in conformità delle mie deboli forze, non giunsi a ritrovare nessun indizio che potesse illuminarmi nella diagnosi etiologica.

Al collo non v' erano adenopatie o sporgenze di sorta; sul torace non vi erano accenni di bozze o di pulsazioni; le due radiali erano sincrone; non v' era pulsazione del giugulo, nè scosse ritmiche del capo.

Conchiusi per una paralisi miogena e mi preparava a suggerire l'analogo trattamento, quando l' infermo mi mostrò due relazioni, una di un valoroso collega laringologo,

l'altra di un esperto clinico generico, scritte l' una senza intesa dell'altra, concordi nel sospettare: il primo un aneurisma dell'arco, nell'affermarlo recisamente, l'altro.

Profondamente scosso da questa sorpresa, per la uniformità del concetto e la stima che io aveva dei due colleghi, ripetetti l' esame laringoscopico e quello generale; ma non trovai da modificare in nulla il primitivo giudizio e mentre raccomandai al paziente di sentire il parere di altri, mi fermai su parecchie considerazioni che mi onoro ripetere innanzi a voi perchè, riferibili alla tesi che ho trattato, possono portarvi non spregevole contributo.

Innanzi tutto io praticai l'esame della sensibilità, che aveva trascurato quando, impressionato dalla doppia paralisi, piegavo con la mente a quello che da più anni è mio intimo convincimento, cioè che in emergenze consimili la paralisi è più volentieri miogenica. Restai sorpreso dal notare che la sonda provocava la tosse non appena veniva in contatto con qualche punto della mucosa vestibolare.

Poi mi tornarono alla mente tutte le osservazioni, pochine del resto, di doppia paralisi del ricorrente per aneurisma dell'arco dell'aorta, tra le quali emergono quelle che il Deygas ha raccolte in un recente pregevolissimo libro. La paralisi doppia, in questi casi, tiene o ad enorme sviluppo del sacco aneurismatico, o a bozze multiple, ovvero ad infiltrazione gelatinosa del cellulare peri-aortico, come qualche autopsia ha dimostrato. Ma in siffatte evenienze l'aneurisma crea una sindrome così evidente, da non sfuggire nemmeno ad un laringologo che si permetta percuotere od ascoltare il torace, e del mio caso ho già detto abbastanza; ripeto che non v'era ombra di tosse e mancavano le algie, sintoma premunitorio e costante negli aneurismi dell'arco (Pansini). Non era quindi possibile sospettare un aneurisma *latente* o *nascosto* con una paralisi dei due ricorrenti, che invece sappiamo essere l'esponente dei più sviluppati e meglio riconoscibili.

Restai fermo nella mia opinione, e se il tempo non la smentirà, io credo che il caso che vi ho narrato servirà ad aggiungere un segno differenziale fra le paralisi mio-

gene e nevrogene, nel senso che nelle prime la sensibilità è conservata, nelle seconde è abolita.

Intanto, altri clinici (che l'infermo consultò) e la radioscopia che, sempre per mio consiglio, venne fatta da uno dei più abili, confermarono il mio giudizio.

Dopo le accentuazioni del valore semiologico che la paralisi del ricorrente ha negli incipienti ed obsoleti aneurismi dell'arco, sono venute le riserve imposte dalla difficoltà delle ricerche e da qualche autopsia: le nevriti primarie hanno elevato i primi dubbi; le stenosi mitraliche li hanno continuati, e quando si tenga presente la ricchezza delle cause che, lungo il suo tragitto, possono comprimere il ricorrente di sinistra, si comprende che mentre la paralisi laringea può essere un segnale di allarme, può pure spingere ad erronee interpetrazioni.

La radioscopia e la radiografia hanno preso un bel posto nella diagnosi delle malattie del sistema circolatorio; ma se pur esse, talora, lasciano dei vuoti, sarà bene non dimenticare che la ricerca della sensibilità laringea in una laringoplegia, può se non affermare (quando è attutita) un aneurisma latente, allontanarne le probabilità (quando è conservata), accentuando l'origine miogena dalla paralisi motoria.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli diretto dal prof. Ferdinando Massei.

L'organo di Jacobson considerato come organo olfattivo (1)

per il Prof. GIULIO MARTUSCELLI

Libero docente in Laringojatria, preparatore dell'Istituto.

Il dott. Mocchi Domenico, da Villa d'Almè, di Bergamo, ha condotto nel nostro Istituto, come tesi di Laurea,

(1) Comunicazione al VI Congresso della Società Italiana di Laringologia Otologia e Rinologia. Roma, 26 ottobre 1902.

una serie di ricerche sull'organo di Iacobson, per vedere se questo è olfattivo. Il lavoro, da me consigliato e diretto, riuscì molto interessante; perciò desidero farvene una breve esposizione.

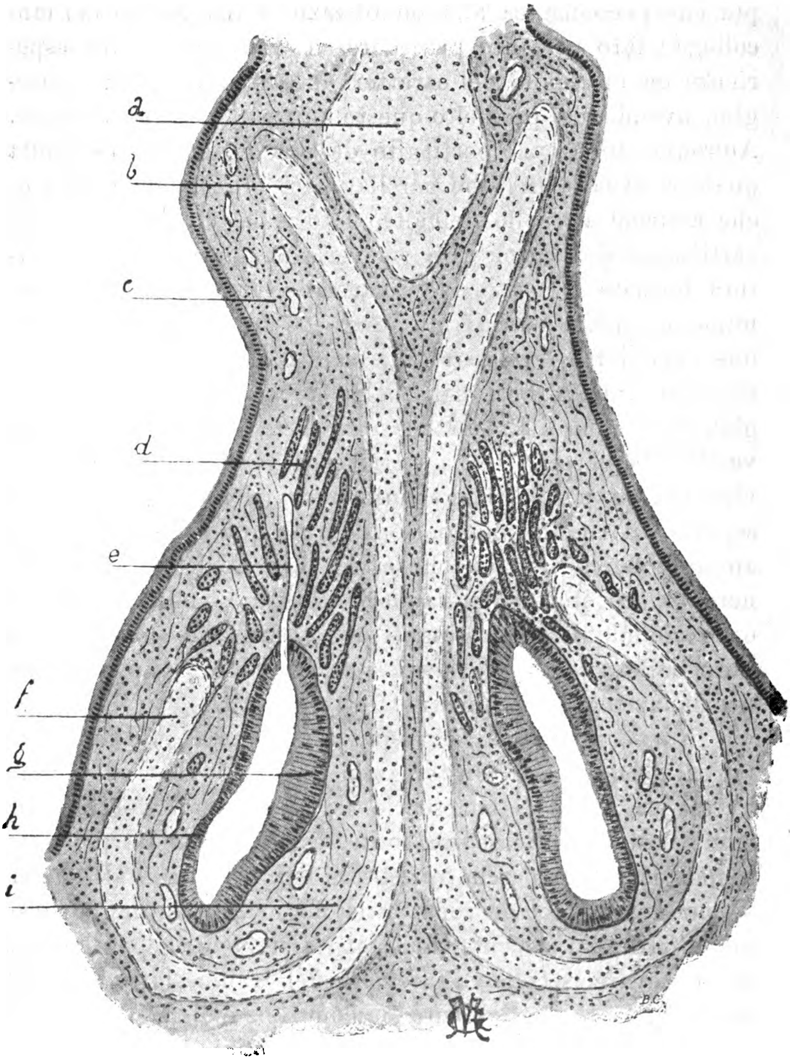
Sul significato funzionale dell'organo di Jacobson, non si è tuttora d'accordo: perchè, mentre alcuni lo ritengono deputato al senso dell'olfatto, altri ne mettono in dubbio tale funzione, avvalorando il loro modo di vedere col sussidio dell'anatomia comparata; dalla quale si apprende, che non in tutti gli animali esso si apre nella parte anteriore delle cavità nasali, oppure nel dotto di Stenson, cioè a dire nel canale naso-palatino. In qualcuno è un tubo chiuso d'ambo le parti; nell'uomo sapete ch'è rudimentario. Ma, se non in *tutti* gli animali, almeno in pochi, è deputato ad una funzione? Certo, è molto sviluppato, ad esempio, nei roditori: quale la ragione?

Ci è sembrato che l'unico modo di risolvere la questione, fosse quello di interrompere, distruggendola, la comunicazione della zona olfattiva periferica, con quella centrale. Di mettere, in altri termini, completamente fuori funzione, con l'asportazione dei bulbi olfattivi, tutta la macula lutea e, con essa, l'organo di Jacobson, per poi indagarne il risultato.

Esperimenti più o meno simili, furono eseguiti dal Colasanti. Egli volle studiare le alterazioni avvenute nella parte periferica dell'olfattorio reciso e dei neuroni terminali di questo nervo, sulle rane; ma, dalle sue ricerche, risulta di non aver trovato alterazioni. Io mi occupai di quelle dei neuroni centrali in seguito a distruzione della macula lutea; e ve ne parlai al 4° Congresso da noi tenuto, nel 1899.

Tralascio di ripetervi la struttura della macula lutea e dei bulbi olfattivi; ve ne dissi allora; oggi mi preme di non abusare della vostra benevolenza. Ricorderò solo che, la sensazione olfattiva, va dalla cellula dello Schültze ai glomeruli del bulbo, ove è trasmessa ai dendriti delle mitrali; i cui neuriti, secondo il Van Geuchten, formano le bandelette olfattive. Le fibre olfattive centrali, per quanto è ammesso dalla maggior parte dei neurologi, ter-

minano nella corteccia grigia della circonvoluzione dell' ippocampo, nella piega unciforme e nella sostanza grigia del corno d' Ammone. Sapete pure che vi è una via diretta, una incrociata o chiasma, e due vie commessurali.



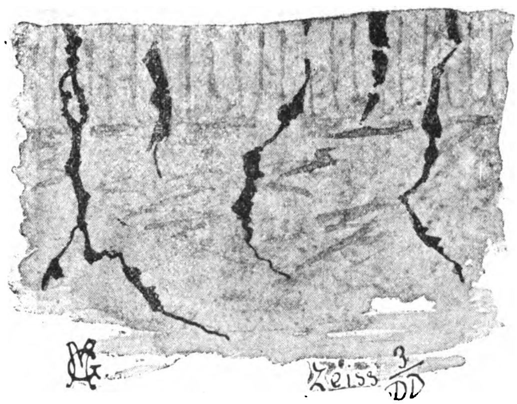
a) cartilagine del setto. — *b)* cartilagine d' Jacobson. — *c)* sottomucosa. — *d)* ghiandole acinose. — *e)* loro sbocco nell'organo di Jacobson pr. detto. — *f)* uncino della cartilagine. — *g)* mucosa della parete interna. — *h)* mucosa della parete esterna (più basso) dell'organo di Jacobson. — *i)* sotto-mucosa (da un proprio preparato).

L'organo di Jacobson, che si trova solamente nei mammiferi, raggiunge il massimo grado di sviluppo negli erbivori (ruminanti e rosicanti) e corrisponde al tubo di Ruysch dell' uomo.

In questa breve conferenza non citerò letteratura, tanto più che poco manca alla pubblicazione del lavoro del mio collega; farò pertanto precedere il riassunto delle esperienze da un cenno dei caratteri di quest'organo nel coniglio, avendo noi prescelto questo animale, per esperimento. Adunque, in esso, è costituito da una gronda ossea nella quale è situato un tubo cartilagineo, più o meno chiuso, che assieme a quello dell'altro lato sale a raggiungere la cartilagine del setto, ed a riceverla in una speciale solcatura formata appunto dal divaricarsi, in alto, delle due lamine interne, alquanto più lunghe e sin lì addossate, dei due organi fra loro paralleli. La mucosa del setto entra a rivestire questo tubo, nel quale si rinvengono numerose glandole acinose. Presso che cilindrico in principio, trovandosi le pareti esterna ed interna alquanto fra loro ravvicinate, va poi restringendosi come in un collo, cui fa seguito un rigonfiamento, considerato quale il vero organo, appunto perchè, è qui, che si rinvengono le terminazioni nervose. Le quali sono rappresentate dai neuroni olfattivi e da alcuni filetti terminanti a bottone, che, come resulta pure dalle ricerche del Lenosseck, devono ritenersi come promanazioni del trigemino.

Non crediate che io voglia farvi una esposizione dettagliata delle singole alterazioni che abbiamo trovato; chi avesse vaghezza di conoscerle, legga il lavoro del Mocchi; a me basta esporle in un sunto, essendo tutt' altro il mio scopo, ed anche perchè queste lesioni sperimentali sul sistema nervoso, come reperto istologico, quantunque prodotte dalle più svariate cause, si riassumono, generalmente, nel ritrovare, secondo l'intensità del trauma fatto, l'atrofia varicosa, lo spezzettamento e scomposizione dei frammenti o lesioni gradatamente più gravi. Vi dirò, quindi, che il neurone periferico, il quale normalmente ha forma di fuso e termina sulla superficie libera della mucosa con un corto dendrite un po' rigonfiato, comincia, nelle fasi iniziali della

sua distruzione, a perder di forma e diminuir di grandezza, quasi come se si raggrinzasse; nel senso, cioè, che non raggiunge più lo esterno dell'epitelio olfattivo. In un periodo più avanzato, di queste cellule olfattive bipolari, non residua che un piccolo frammento, il quale, in animali lasciati vivere ancora più a lungo, finisce per scomparire a sua volta.



Così i neuriti, che è possibile, in macule normali, accompagnare per lungo tratto, si disgiungono nella continuità e nella direzione, sino a che, nelle fasi più inoltrate, dei numerosi neuriti che si dovrebbero riscontrare nella sottomucosa della zona olfattiva, si rinvengono soltanto esili frammenti, i quali, in conigli ammazzati oltre il 14° giorno dalla asportazione dei bulbi, divengono affatto rarissimi.

Non si opponga a queste ricerche, che il loro risultato sia l'effetto di una fase irritativa; perchè, se questa obiezione aveva ragione di essere addotta (quantunque poi da me distrutta) nei casi in cui, operando io sulle macule lutee, avevo dovuto deliberatamente moderare l'effetto del trauma, e perciò avevo in generale rinvenuto, nei bulbi, alterazioni non sempre cospicue; qui, essa, parrebbe campata in aria, poichè, quando osservammo le macule lutee al decorso massimo dalla completa asportazione dei bulbi olfattivi, non vi rinvenimmo neppure una cellula dello

Schültze. E d'altra parte, una fase irritativa, avverantesi nella macula lutea e (come dirò) nell'organo d' Jacobson corrispondenti al bulbo operato, non verrebbe certo a scemare l'importanza dei reperti ottenuti col preparato delle macule olfattive in un coniglio operato di asportazione di un solo bulbo olfattivo.



È ovvio, che, se l'organo di Jacobson è deputato, sia pure nel solo animale da noi prescelto per esperimento, ad organo olfattivo supplementare, noi vi avremmo dovuto trovare, qualora fosse corrispondente alla macula lutea situata dallo stesso lato del bulbo portato via, la scomparsa di quegli elementi cellulari i quali, per la forma fusata, per la terminazione libera a bottone recante qualche volta una o più ciglia; e per i restanti caratteri, a tutti noti, sono perfettamente simili alle cellule sensoriali periferiche, situate fra l'epitelio cilindrico che riveste la mucosa della parte postero-superiore del setto nasale.

E noi, appunto, in tutti gli organi d'Jacobson esami-

nati dopo che era stata praticata l'asportazione dei bulbi olfattivi, non ne rinvenimmo mai; mentre ci fu sempre facile trovarne, in quelli appartenenti a conigli normali.

***

Il reperto, sempre costante, della egual sorte toccata ai neuroni della macula lutea e dell'organo di Jacobson, in seguito alla distruzione dei neuroni centrali, ci porta ad affermare che, almeno nel coniglio su cui sperimentammo, e, molto probabilmente, poichè ancora non ci consta per esperienze personali, nei ruminanti e nei rosicanti: cioè a dire in quegli animali che hanno il detto organo maggiormente sviluppato, esso deve avere il compito di organo di senso, e più precisamente, di organo olfattivo.

Questa comunicazione, che mi ha porto il mezzo d'intrattenervi alquanto su alcuni esperimenti che furono sempre eseguiti sotto il mio controllo, vi riassume indagini da noi tentate per i primi. Perciò, convinto della grande importanza delle nostre riunioni, ho voluto dirvene, quasi come nota preventiva al lavoro del Mocchi, che presto vedrà la luce, sicuro che voi, Maestri e Colleghi vorrete degnarla della vostra considerazione.

RASSEGNE

1. **De l'extirpation du larynx** (Della estirpazione della laringe); Comunication faite à la Société Medico-Chirurgicale du Brabant per il dott. Goris. — L'A. trae argomento dalla presentazione di un malato al quale un mese avanti aveva asportati i due terzi della laringe, per dire che l'estirpazione totale o parziale della medesima, grazie ai progressi raggiunti dalla tecnica operatoria, non ha più la gravità che aveva 20 anni indietro, e s'impone quasi nei casi nei quali il male non ha che piccole proporzioni ed i malati sono sani di cuore e di polmoni, e più specialmente per queste ragioni:

1ª Perchè non è sempre provato che il cancro recidivi. Anche lui ha da osservare la recidiva in un vecchio al quale ha asportato la lingua cancerosa da quattro anni, e Wassermann conta il 6 % di operati di cancro nei quali si aspetta la recidiva da 3 anni.

2ª Perchè l'estirpazione garantisce il malato, assai meglio della

semplice tracheotomia, dalla diffusione cancerosa nella parte posteriore della laringe o dell'esofago.

L'estirpazione invece non si può fare, secondo l'A., quando il cancro è molto esteso e già diffuso ai gangli, oppure quando da esso sono affette persone a cuore grasso o sofferenti per catarro cronico dei bronchi.

L'operazione si può limitare alla escissione di una sola corda vocale, all'emisezione della laringe, oppure estendersi all'asportazione totale della laringe.

Nei casi di asportazione parziale l'A. mette in guardia contro il facile formarsi di una specie di ernia dell'esofago nella regione operata, e suggerisce di provvedere mediante una speciale escissione a V a sommità inferiore: dopo l'operazione suggerisce di mettersi bene al coperto con batuffoli di garza da possibili infezioni da parte dei bronchi.

Nei casi di asportazione totale dice che fra i due processi, del Perier, che consiste nel suturare la mucosa tracheale alla pelle del collo, e quello del Bardenheuer, che consiste nel fissare l'epiglottide all'esofago, preferisce il secondo anche per ragioni morali.

L'A. infine si mostra poco tenero dell'applicazione delle laringi artificiali come quelle di Wolf, di Bruns, ecc. *(Extrait des Annales de l'Institut Chirurgical*, août 1902). MONTELUCCI.

2. **Polipo mucoso del velo del palato e cancroide della lingua;** per il dott. J. ESTERLEN. — L'A. riferisce l'osservazione di un uomo di 59 anni, nè fumatore, nè bevitore, il quale dopo alcune settimane tossiva continuamente accusando un senso di corpo estraneo nella gola. Aveva pure in corrispondenza dei grossi molari inferiori un vellicamento molto molesto. L'esame fece vedere l'esistenza di un polipo muccoso che si inseriva sul pilastro anteriore del velo palatino ed un epitelioma sul margine destro della lingua.

E' interessante il fatto della coesistenza nella bocca di un tumore maligno e di un tumore benigno, come pure è da notarsi la rarità della presenza d'un polipo muccoso isolato sul pilastro anteriore del velo palatino. (*Revue Hebdomadaire de Laryng., Otol. et Rhinologie.* 4 ottobre 1902).

3. **Un cas de tumeur thyroïdienne de la base de la langue, extirpation par les voies naturelles; guerison.** (Un caso di tumore tiroideo della base della lingua; estirpazione per le vie naturali; guarigione): per il dott. M. GORIS. — E' il 26° caso del genere che l'A. presenta all'Accademia non tanto per la sua rarità anatomo-patologica, quanto per il fatto che il tumore in parola non era un tumore aberrante, come spesso vengono segnalati, ma un vero gozzo che si era sviluppato in un corpo tiroide in miniatura che invece di subire le sue solite fasi di evoluzione, quali sarebbero discendere per la parete esofagea e poi fissarsi al davanti della trachea, era rimasto al suo punto di partenza. L'A. quindi dimostra come sia vantaggioso estirpare questi tumori, specie se piccoli come il presente, per le vie na-

turali per la maggior semplicità operatoria e per la maggior rapidità nella guarigione. (*Extrait du Bulletin de l' Académie Royale de Médicine Belgique;* seance du 26 avril 1902). MONTELUCCI.

4. **Cura chirurgica dell'etmoidite purulenta;** per il dott. GUIZEZ. — L' importante argomento vien trattato in una tesi di Parigi (n. 232, marzo 1902) ed il dott. Bellevue ne fa un chiaro sunto nel giornale segnato in fondo all'articolo.

La struttura, i rapporti dell'etmoide, la situazione anatomica ecc. esercitano una grande influenza nella patologia delle cavità accessorie delle fosse nasali. L'etmoide è formato da una serie di cellule che sono state divise in anteriori e posteriori. Con le sue masse laterali l'etmoide contribuisce a formare la parte superiore della parete esterna delle fosse nasali.

Per mezzo dell'osso piano e dell' unguis, che le limitano all' esterno, le cellule etmoidali contribuiscono a formare la parete interna dell'orbita. In alto sono separate dal seno frontale per mezzo d'una lamina ossea molto sottile. Indietro, le cellule posteriori possono mettersi in rapporto col seno sfenoidale, ed anche col seno cavernoso; finalmente l'etmoide è in rapporto internamente colla cavità craniense all'esterno dell'apofisi cristagalli. Queste particolarità anatomiche ci spiegano la facilità colla quale le suppurazioni etmoidali possono propagarsi alle meningi.

Il seno massillare è in rapporto colle cellule etmoidali in corrispondenza d'una parte della sua parete interna.

Le cellule etmoidali anteriori formano nell'interno del seno una sporgenza più o meno marcata, e possono pure avere rapporti intimi coi due seni frontali. Lungo la parete del seno il canale frontonasale può alla sua volta aver dei rapporti con le cellule etmoidali.

In quanto al seno sfenoidale è in contatto diretto colla metà esterna della sua faccia anteriore colle cellule etmoidali posteriori, i loro orifizi son molto vicini, e questo spiega la coesistenza frequente dell'infiammazioni di questi due seni. Se a questi s' aggiungono i rapporti intimi di continuità e di contiguità, ch'esistono fra le cellule etmoidali ed i diversi seni per la circolazione venosa ed arteriosa, si comprenderà quanto sia facile, per la via vascolare, l'infezione di queste differenti cavità, le une per mezzo delle altre, e come la tromboflebite dei seni cavernoso e longitudinale possa prodursi durante il corso della etmoidite suppurata.

Solamente la cura chirurgica può prevenire queste temibili complicazioni. Il processo operatorio varierà secondochè l' etmoidite si sarà aperta o rimarrà ancora saccata e se sarà primitiva o secondaria. La cura chirurgica può essere eseguita tanto per le vie orbitarie, quanto per le fosse nasali, e finalmente per la via nasale modificata ed ingrandita dalla parte cartilaginosa del naso.

Dopo l'apertura dei seni vicini potrà eseguirsi quella delle cellule etmoidali: 1° per il seno frontale; 2° per il seno mascellare: di tutti i processi consigliati da Knapp, Goris, Chipault, Laurens, l'A.

preferisce quello dell'ultimo chirurgo che descrive nelle sue particolarità.

L'intervento chirurgico per la via delle fosse nasali consiste quasi sempre nel resecare la parte anteriore del cornetto medio, al quale atto operatorio in alcuni casi si farà seguire il raschiamento e l'apertura delle cellule etmoidali. Quest'operazione ha il grande inconveniente di riuscire il più delle volte incompleta.

Alcuni autori, per maggior facilità, mobilizzano la parte cartilaginosa del naso; altri la mobilizzano lateralmente, altri ancora per sollevamento, e quest'ultimo processo è adottabile specialmente nelle operazioni che s'eseguiscono sulla parte inferiore e media della cavità nasale; alcuni, infine, per l'abbassamento del naso.

L'etmoidite è più spesso accompagnata da sinusite frontale; in questo caso, intervenendo per la via orbitaria, potremo eseguire il raschiamento della totalità delle cellule e di tutti i punti necrosati. Se lo scolo nasale è abbondante, s'eseguirà la resezione del cornetto medio, ed il drenaggio per la via nasale. Quando invece l'etmoidite non comunica colla fossa nasale s'eviterà che abbia rapporto diretto col naso, e dovremo contentarci d'un largo drenaggio esterno. In caso di sinusite etmoido-massillare, se fu già eseguita l'operazione di Luc, si praticherà il raschiamento etmoidale e l'apertura del seno sfenoidale per la via orbitaria. In caso di polisinusite con etmoidite purulenta, Bardenhauer e Joris eseguiscono la decorticazione della faccia. Qualunque sia il processo operatorio messo in opera nell'etmoidite purulenta, l'operazione, secondo l'A., riuscirà sempre curatrice.

La guarigione però in alcuni casi è lunga, estendendosi la durata da alcune settimane a qualche mese. L'etmoidite primitiva guarisce rapidamente, ed intervenendo per la via orbitaria, la cura è più sollecita, purchè sia precoce. La prognosi è più benigna nelle sinusiti chiuse, monomicrobiche. Le medicature esterne degli orifizi nasali saranno eseguite con la più rigorosa antisepsi. L'A. fa notare nelle sue osservazioni i grandi vantaggi dell'operazione orbitaria. (*Revue Hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie, n. 41, 11 ottobre 1902*).

5. **Paralisi del nervo faciale da otite media acuta;** pel dottor U. Melzi. — Gli organi circostanti all'orecchio medio hanno una difesa contro l'invasione di processi morbosi che si svolgono nella cassa del timpano, nelle pareti ossee che la delimitano; per cui le lesioni per sconfinare si ammette che debbano prima aver usurato tale parete. Nondimeno esistono delle vie aperte alla diffusione dei processi, flogistici in specie, anche senza che l'osso ne sia eroso, sia a mezzo dei fori di passaggio dei nervi e dei vasi sia per delle soluzioni di continuo nel tessuto osseo causate da aplasia, soluzioni di continuo di nessuna importanza fisiologica, ma di alto valore clinico. È così che la fossa media, il seno trasverso, l'orecchio interno sono in tali casi insufficientemente difesi,

È facile che il n. faciale risenta di un processo infiammatorio dell'orecchio medio non solo quando vi sia stata carie della parete ossea della cassa timpanica, ma anche malgrado l'integrità del canale faciale. Nelle otiti medie acute fu dimostrato dal Wilde che si può aver paralisi del faciale, secondo alcuni per replezione dei vasi nel territorio confinante colla cassa e perciò pure nel canale di Falloppio, onde compressione del nervo od anche infiammazione di esso, secondo altri basta il ristagno di sangue nell'arteria stilomastoidea, per causare nel canale una compressione del nervo tale da impedirne la funzione.

Queste paralisi da otite acuta sono certo più numerose che non dica la statistica, in quanto bene spesso la prima origine passa misconosciuta per la distanza nel tempo o per la poca intensità. I casi consecutivi a forme croniche passano meno inosservati, poichè per la durata del processo e per la sua sintomatologia è più facile che i pazienti ricorrano allo specialista.

Perciò in ogni caso di paralisi faciale deve esser fatto l'esame dell'orecchio, giacchè ben spesso il semplice trattamento dell'otite basta a guarire la paralisi: se la durata della flogosi non ha portato alterazioni troppo profonde nel nervo, cessata la stasi e la compressione, questo riprende la sua funzione.

L'A. conforta la sua tesi della lesione del nervo con integrità ossea col caso di un paziente che vide insorgere la paralisi tre giorni dopo l'inizio di una otite media acuta, paralisi ed otite guarirono in 8 giorni, dopo la paracentesi della membrana timpanica, le insufflazioni d'aria nell'orecchio e la somministrazione dell'ioduro.

Con ciò l'A. consiglia un'accurata indagine dell'apparato uditivo in tutte le paralisi del 7° in cui altra origine non appare evidente. (Dalla *Gazetta degli Ospedali*, n. 39, anno 1902). LIGORIO.

Recente pubblicazione

Tabulae Otologicae. — Il prof. V. Cozzolino, di Napoli, quale nuova prova della sua straordinaria attività scientifica ha recentemente pubblicato un *Atlante* di anatomia normale dell'apparato uditivo. Esso è la riproduzione di una serie di tavole murali ad acquarello che il Cozzolino usava già da alcuni anni nella sua scuola otorinologica della R. Università di Napoli. Queste figure, eseguite dall'ing. Vittorio Cremona, per la maggior parte rappresentano esemplari a secco ed a fresco dell'orecchio preparati dall'A.

I disegni di sopra ricordati ottennero una favorevole accoglienza al Congresso medico Internazionale di Mosca, dove li presentò il Cozzolino e ciò lo spinse a completare la raccolta con una serie di altre figure tratte dalle opere più recenti di anatomia e di istologia dell'apparato uditivo ed a pubblicare l'intera collezione sotto forma di Atlante anatomico dell'organo dell'udito. I disegni di questo Atlante, destinato all'insegnamento anatomico, corrispondono in massima parte alla grandezza naturale dei preparati originali: solo quando

la chiarezza dei particolari lo richiedeva essi vennero riprodotti con ingrandimento.

La conoscenza delle varietà che presenta l'osso temporale ha una grande importanza per la moderna otochirurgia, e l'A. tenendo giustamente conto di questo fatto ha riprodotto nell'Atlante, parecchie varietà morfologiche del processo mastoideo, le quali devono ritenersi come i tipi principali del processo pneumatico, diploico ed eburneo.

Il prof. Politzer, scrive nella prefazione di questo Atlante, che *esso* è senza dubbio il più completo tra quelli sinora pubblicati sull'anatomia dell'orecchio, e questa è, a parer nostro, il più bel viatico col quale la importante pubblicazione di Cozzolino entra nel dominio pubblico.

L'Editore è *Josef Safàr*; 22, Schlösselgasse, VIII, Wien.

VITTORIO GRAZZI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1902 — Tipografia Luigi Niccolai. Via Faenza, 44.

INDICE DELLE MATERIE

ANNO XX (1902)

A

B

C

D

E

S

T

U

INDICE DEGLI AUTORI